BULLETINS

DE LA

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'EMULATION

DE PARIS,

RÉDIGÉS PAR G. BRESCHET, SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL DE CETTE SOCIÉTÉ.

ANNÉE 1815.

TOME PREMIER.



A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE MIGNERET,

RUE DU DRAGON, FAUBOURG S. G., N.° 20.

1816.

BULLETIN

DE

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

N.º I.er — JANVIER 18

RAPPORT

FAIT A LA SOCIÉTÉ MÉDICALE, PAR MM. *MAGENDIE* ET *RIBES*, SUR UN ÉCRIT AYANT POUR TITRE :

Mémoire sur les divers cas qui nécessitent l'amputation du bras dans l'articulation scapulo-humérale.

Par EMMANUEL GAULTIER-DE-CLAUBRY, docteur en médecine, ancien chirurgien-major de la ci-devant Garde impériale, etc., etc.

L'AMPUTATION de l'humérus dans l'articulation de l'épaule, paraît dater du commencement du dix-huitième siècle. La première description de cette opération est insérée dans les observations de *Ledran*, qui dit l'avoir trouvée parmi les papiers de son père; mais *Morand* fils revendique cette opération en faveur du sien (1). *Eloy* rapporte que « ce fut *Morand*

(1) *Voyez* Opuscules de Chirurgie de *Morand*, deuxième partie, page 212.

» père qui le premier osa traiter l'amputation » du bras dans son articulation avec l'omo- » plate. Cette pratique lui réussit et lui valut » une réputation dont il jouit constamment » jusqu'à sa mort (1). » Il est surprenant que *Morand* et *Ledran* pères aient pratiqué une opération nouvelle et si importante, et qu'ils aient laissé à leurs fils le soin de la publier. Quoiqu'il en soit, en faisant connaître le cas qui a exigé cette opération et le procédé opératoire, *Ledran* a définitivement fixé le sort de l'extirpation du bras.

Les praticiens sentirent bientôt que le manuel de cette amputation pouvait et devait être simplifié; ils se demandèrent ensuite si cette opération n'était pas plus grave que l'amputation dans la continuité de l'humérus? Les cas qui exigeaient l'extirpation du bras, dûrent éveiller également l'attention des amis de l'art et de l'humanité.

La manière dont *Ledran* avait pratiqué cette opération, parut susceptible de grandes modifications, et bientôt on vit paraître les procédés de *Garengeot*, de *Lafaye*, de *Sharp*, de *Bromfiel*, de *Dahl*, de *Desault*, de *Dupuytren*, etc., etc., etc. Mais la vérité veut qu'on dise que c'est M. le Baron *Larrey* qui a réduit cette opération aux termes les mieux raisonnés et les plus simples. Les chirurgiens des armées étaient dans ces derniers temps tellement pénétrés des principes de leur chef, qu'ils pratiquaient cette amputation

---

(1) *Eloy*, Dictionnaire historique de la médecine, tome III, page 332.

avec autant d'aisance et de sécurité que les opérations les plus faciles de la chirurgie.

En simplifiant le mode opératoire, M. le Baron *Larrey*, qui a eu de fréquentes occasions de pratiquer cette extirpation, s'est assuré qu'elle était, toutes choses égales d'ailleurs, moins dangereuse que l'amputation dans la continuité du membre, et qu'elle réussissait presque toujours. Un Auteur qui jouit d'une réputation justement méritée (M. le professeur *Richerand*), a hautement proclamé, d'après sa propre expérience, que cette extirpation avait des succès tellement nombreux, qu'ils surpassaient réellement ceux de l'amputation dans la continuité de l'humérus.

Les cas qui exigeaient cette opération, se sont accrus par les circonstances de la guerre. M. *Gaultier*, chirurgien militaire, appréciateur éclairé du mode opératoire, des succès presque constans de l'opération, et des cas qui nécessitent l'amputation dans l'article de l'épaule, a été très-étonné de lire dans l'ouvrage d'un Auteur connu par des nombreux travaux : » *Pourquoi donc amputer le bras dans l'article? Comme praticien je n'admets encore aucune cause de l'extirpation dans l'épaule.* » C'est ce qui l'a engagé à publier le mémoire qu'il vous a communiqué, et sur lequel vous nous avez chargé de vous faire un rapport.

M. *Gaultier* établit comme principe incontestable, que très-souvent les chirurgiens militaires trouvent l'occasion bien précise de pratiquer l'extirpation du bras dans son articulation avec le scapulum, et il reconnaît que le manuel opératoire sur le champ de bataille, est toujours subordonné à l'étendue et à la

nature du désordre local. Le procédé consiste le plus souvent dans une succession d'incisions en divers sens, de résections de lambeaux, d'extractions d'esquilles. Il convient pareillement que l'amputation dans l'article, n'est pas toujours indiquée dans un cas de fracture de la tête, et même du col de l'humérus, quand le désordre dans les parties molles est peu considérable, que l'artère axillaire et le plexus nerveux sont intacts, il suffit alors d'agrandir la plaie faite par la balle, ou de pratiquer de nouvelles incisions pour extraire toutes les pièces d'os détachées, et faire sortir la tête de l'humérus : ceci est confirmé par des faits consignés dans les Mémoires de l'Académie, et par ceux que M. *Larrey* a recueillis dans sa pratique.

M. *Gaultier* porte au nombre de six, les cas qui nécessitent plus particulièrement l'extirpation du bras dans l'articulation scapulo-humérale.

Premier cas. Une exostose avec carie par vermoulure, s'étendant depuis le milieu de l'humérus jusqu'à son col, ou toute autre affection pathologique de cet os, qui s'accompagne de l'altération profonde des parties molles, telle enfin qu'était le cas pour lequel *Ledran* a pratiqué l'amputation à l'article.

Deuxième cas. La destruction presque totale du moignon de l'épaule, de la tête, du col, et d'une grande partie de l'humérus, par le choc d'un boulet de canon, qui ne laisse plus le bras attaché au corps qu'au moyen de quelques lambeaux peu volumineux des parties molles.

Troisième cas. Un désordre non moins con-

sidérable dans l'os, les parties molles, les vaisseaux et les nerfs principaux, par l'action d'un corps compressif, comme la roue d'une voiture pesamment chargée, qui aura passé sur le moignon de l'épaule, et occasionné la gangrène jusqu'au voisinage du tronc.

Quatrième cas. L'extinction de la vie dans le membre, par l'action oblique d'un boulet, à la fin de sa course, qui a produit l'attrition profonde des muscles, des nerfs, des principaux vaisseaux, la dénudation et même la fracture ou l'écrasement de l'os, la peau étant restée intacte.

Cinquième cas. La blessure ou l'anévrisme de l'artère axillaire, tant parce que l'opération de l'anévrisme à la partie supérieure de cette artère, est très-difficile, que parce que la lésion en elle-même et la ligature entraîneraient infailliblement la gangrène du membre; de sorte que pour éviter que cette dernière affection ne s'étende jusqu'au tronc et ne fasse périr le malade, il faudra pratiquer l'ablation du membre dès qu'il sera manifestement atteint de sphacèle.

Sixième cas. Enfin, la gangrène, quelle qu'ait été la cause qui l'ait produite, détermine l'amputation du bras dans l'article, dès que la mortification paraît se borner au pourtour de l'articulation.

Chacun de ces cas est appuyé d'observations très-intéressantes et accompagnées de raisonnemens solides, profonds, et conformes aux vrais principes de l'art. Ce mémoire, important sous plusieurs rapports, a le mérite d'être bien discuté, et de mettre le complément à l'his-

toire de l'amputation dans l'article de l'épaule (1).

MÉMOIRE

SUR LES DIVERS CAS QUI NÉCESSITENT L'AMPUTATION DU BRAS DANS L'ARTICULATION SCAPULO-HUMÉRALE ;

Par EMMANUEL GAULTIER-DE-CLAUBRY, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien chirurgien-major de la ci-devant Garde impériale, chevalier de la Légion-d'honneur, membre résidant de la Société de Médecine.

CE n'a pas été sans la plus grande surprise que nous avons entendu l'un de nos praticiens les plus distingués se faire cette étonnante question : *Pourquoi donc amputer le bras dans l'article?* et ajouter : *comme praticien, je n'ad-*

---

(1) Nous avons appris quelques jours après la lecture de ce rapport, qu'un mémoire sur l'extirpation de l'humérus à son articulation supérieure, avait été présenté à l'Institut ; M. le Baron *Percy*, qui répand tant d'intérêt et de clarté sur tous les points de médecine sur lesquels il est appelé à porter un jugement, a été chargé par la Classe des sciences physiques de rendre compte de cet écrit : nous regrettons vivement de n'avoir pu profiter, pour enrichir notre rapport, des réflexions que M. le Baron *Percy* a faites à cette occasion, sur les cas qui nécessitent l'amputation du bras dans l'article de l'épaule.

mets encore aucune cause de l'extirpation dans l'épaule (Leveillé, *Nouvelle Doctrine chirurg.*, *t.* 4, *p.* 579 *et* 581.) C'est sur-tout quand on a exercé la grande chirurgie sur ces vastes champs de carnage, où l'artillerie porte au au loin la mort en occasionnant d'affreux dégâts, qu'on est plus étonné de la question que se fait l'Auteur de l'ouvrage qui vient d'être cité, et de la réponse précise par laquelle il tranche la difficulté par l'autorité imposante de son expérience. Nous croyons au contraire pouvoir établir comme principe incontestable, que très-souvent les chirurgiens militaires trouvent l'occasion bien précise de pratiquer l'extirpation du bras dans son articulation avec le scapulum. Discutons en détail tout ce que dit l'Auteur dont nous nous permettons d'attaquer la doctrine : la question est d'une trop haute importance, pour qu'aucune considération particulière puisse nous empêcher de dire la vérité. D'ailleurs, c'est sur-tout quand un Auteur justement estimé appuie un principe faux et des conséquences funestes en pratique sur l'autorité d'un nom respectable en chirurgie, que l'on doit moins hésiter à rompre le silence pour défendre la vérité et soutenir la justesse des principes de l'art jusqu'alors les moins contestés.

Nous commencerons par reconnaître que tout le manuel opératoire des amphithéâtres se trouve bien en défaut dans les cas d'amputation à l'article qui se présentent si souvent à nous sur les champs de bataille. Procédés de *La Faye*, de *Desault*, modifications diverses plus ou moins ingénieuses, tout cela devient le plus ordinairement d'une application diffi-

cile, pour ne pas dire impossible. C'est toujours l'étendue et la nature du désordre local, qui détermine le procédé à employer, lequel consiste le plus souvent dans une succession d'incisions en divers sens, de résections de lambeaux, d'extractions d'esquilles; remarque bien importante qu'a déjà faite, sur le même sujet, l'un de nos plus célèbres chirurgiens militaires. (M. le Baron *Larrey*, *Mémoire de Chirurgie*, *tom.* 2, *p.* 162.)

Nous conviendrons pareillement que l'amputation dans l'article n'est pas toujours indiquée dans un cas de fracture de la tête, et même du col de l'humérus : c'est quand le désordre dans les parties molles est peu considérable, que l'artère axillaire et le plexus nerveux sont intacts; il suffit alors d'agrandir la plaie faite par la balle, ou de pratiquer de nouvelles incisions pour aller extraire toutes les esquilles ou pièces d'os détachées, et faire sortir la tête de l'humérus. Déjà les Mémoires de l'Académie de chirurgie renfermaient des faits intéressans de *Boucher* et de *Thomas*, qui établissent la possibilité de la conservation du bras après l'extraction des fragmens de l'extrémité supérieure de l'humérus, les parties molles du pourtour de l'articulation, et les nerfs et les vaisseaux principaux étant intacts. (*t.* 2, *p.* 229.) M. *Leveillé*, lui-même, rapporte un fait analogue, qu'il a observé en 1792. C'est aussi dans le courant de cette même année, que M. *Larrey* a été à portée de tenir la même conduite dans un cas semblable : depuis cette époque, de nombreuses occasions qui se sont présentées à lui dans le cours de son immense pratique, lui ont fourni le moyen de perfec-

tionner le procédé à suivre en pareille circonstance, et ont donné des résultats extrêmement avantageux : il a fait de cette matière le sujet d'un des articles les plus intéressans de son ouvrage (*loc. cit.*, *p.* 171.) Cela posé, passons à la discussion des cas qui peuvent rendre impérieusement nécessaire l'extirpation du bras dans l'article.

Il est difficile de concevoir comment l'*exostose avec carie par vermoulure*, qui, chez le malade opéré par *Ledran*, s'étendait *depuis le milieu de l'humérus jusqu'à son col*, aurait pu être emportée par la simple *excision de cet os sur ce col même*. En effet, si la maladie s'étendait sur le corps de l'os *jusqu'à son milieu*, il n'eût pas été suffisant de pratiquer l'*excision sur le col même*. Aurait-il donc fallu venir réséquer l'humérus à sa partie moyenne? Qu'on se fasse une idée exacte du désordre que nécessitera l'isolement où il faudra mettre l'os d'avec toutes les parties molles environnantes, et qu'on prononce ensuite s'il est possible de supposer que l'amputation dans l'article n'est pas préférable, ou plutôt le seul parti à prendre. D'ailleurs, et cette seule réflexion détruit amplement des pages entières de raisonnemens hypothétiques, dans quel état d'intégrité se trouveront des parties molles qui renferment au milieu d'elles un *humérus carié, avec vermoulure depuis le milieu de son corps jusqu'à son col?* On reconnaîtra de suite par cette seule réflexion, bien simple, que la mémoire de *Ledran* se trouve vengée de l'imputation d'avoir, par l'extirpation du bras dans l'articulation scapulo-humérale, privé un malade d'un membre qu'il eût pû lui conserver

par la simple *excision de cet os sur ce col même.* En effet, il n'est personne qui ne convienne que l'étendue du mal étant telle qu'on la suppose (et plus haut nous nous sommes permis de relever une contradiction bien évidente, dans laquelle l'Auteur est tombé à ce sujet), il ne se trouvera pas de praticien qui hésite à faire l'amputation du bras dans son articulation avec le scapulum.

Un fracas de la tête de l'humérus est-il une cause déterminante pour pratiquer cette opération? Appuyés sur un fait unique de la pratique de M *Leveillé*, sur ceux beaucoup plus nombreux que nous fournit la carrière militaire de M. *Larrey*, et sur des observations analogues, déjà consignées dans les archives de l'art, nous avons reconnu que le desordre des parties molles étant supposé peu considérable, les nerfs et l'artère restés intacts, le brisement en esquilles de la tête et du col de l'humérus n'est pas nécessairement, aux yeux de la chirurgie militaire la plus hardie, un cas d'amputation dans l'articulation. Mais voici un autre fait. Un boulet frappe l'épaule transversalement d'avant en arrière; les tégumens, le deltoïde et une portion de l'acromion ont été emportés, la tête de l'humérus fracassée, l'artère axillaire, quelques cordons de nerfs et les tendons du pourtour de l'articulation rompus; en sorte que le bras, déjà froid, ne tient plus que par une portion des tégumens de l'aisselle, et les tendons du grand rond et du grand dorsal. Nous demanderons à tous les praticiens que ne dirige pas un esprit de systême, si ce n'est pas là une cause bien déterminante de l'extirpation dans l'épaule. Que du moins on nous

dise donc quelle conduite il aura fallu tenir dans le cas supposé. Arrêtons-nous; ce cas n'est pas supposé et imaginé tout exprès pour justifier notre opinion : ce fut précisément celui dans lequel se trouva le général *Fugières*, amputé à l'article par M. *Larrey*, après un sanglant combat sous les murs d'Alexandrie, en Egypte. (*ibid.*, *p.* 167.) Plusieurs chirurgiens de cette armée encore vivans, qui avaient vu l'étendue du désordre, ont reconnu la fidélité de l'exposé qui nous en a été transmis.

« A Esling, le 22 mai 1809, le colonel d'*Aboville* est atteint d'un coup de boulet de gros calibre, qui lui emporte une portion du moignon de l'épaule droite, et fracasse l'articulation scapulo-humérale; une grande portion du grand pectoral, du deltoïde et du grand dorsal est arrachée, l'acromion rompu et l'extrémité humérale de la clavicule fracturée. La tête de l'humérus est divisée en trois portions, et déplacée vers le creux de l'aisselle. L'une d'elles est fichée dans le plexus brachial. L'artère axillaire est distendue et prête à se rompre (*ibid*, *t.* 3, *p.* 354.) » Un tel fracas n'est-il pas une cause déterminante d'amputation à l'article? Cette observation, que nous transcrivons textuellement de l'ouvrage de M. *Larrey*, parce que beaucoup de nos camarades à l'ambulance de la Garde, ont vu alors le blessé dont il est ici question, et que cet officier supérieur a survécu jusqu'à ce jour, est suivie de plusieurs autres faits semblables, qui prouvent invinciblement que la pratique offre souvent des cas précis pour lesquels on doit recourir à cette opération.

Lorsque l'armée du nord de l'Espagne alla

rejoindre celle dite de Portugal, sur les bords de la Coa, en septembre 1811, pour repousser l'armée combinée des Anglais et des Portugais qui assiégeaient Ciudad-Rodrigo, nous trouvâmes aux portes de la ville un fantassin chez lequel un boulet d'une pièce de campagne avait emporté le deltoïde, une portion du grand pectoral et du grand dorsal, ou plutôt toutes les masses musculaires qui viennent s'insérer à la tête de l'humérus. Cette éminence osseuse, le col et la partie du corps de l'os dans une étendue de six pouces, une portion du plexus brachial étaient désorganisés, et le bras pendait, ne tenant plus au reste du corps que par les chairs de sa partie interne. Quoique l'artère axillaire fût intacte, nous jugeâmes que c'était bien certainement le cas de pratiquer l'amputation du bras dans l'article. Cette opération, à laquelle nous assistâmes, fut faite en se conformant, pour son exécution, à l'étendue et à la nature du désordre, sous les yeux de feu M. *Ulliac*, chirurgien en chef de l'armée, qui assurément n'aimait pas à trancher inutilement, qui connaissait et appréciait autant que de raison les grandes ressources de la nature. Cependant il aurait cru compromettre les intérêts du malheureux blessé confié à ses soins, s'il se fût contenté d'ordonner qu'on fit l'extraction simple des esquilles, la résection de l'humérus à sa partie moyenne, et l'excision des lambeaux des parties molles désorganisées.

A la bataille de Bautzen, le 21 mai 1813, nous aidâmes à faire une autre amputation à l'article, sur un autre officier du 2.e régiment de tirailleurs, qui, à peu de distance de là,

venait d'être atteint à l'épaule gauche d'un boulet de gros calibre qui avait broyé, dilacéré, emporté les muscles qui forment le moignon de l'épaule, la tête, le col, et quelques pouces de longueur du corps de l'humérus; les muscles qui s'insèrent au scapulum, les pectoraux, étaient déchirés dans une grande étendue. L'artère humérale était désorganisée à la partie supérieure. Nous avons aidé à faire l'amputation du bras à cet officier derrière nos lignes. Pour cette opération, nous avions l'approbation de plusieurs de nos collègues de première classe qui partageaient nos travaux; et nous étions tous intimement convaincus que nous remplissions parfaitement la seule indication curative qui laissât quelque espoir de sauver la vie à ce blessé. Nous nous bornerons à ce petit nombre de faits positifs; mais nous ne craignons pas de répéter que dans tous les cas semblables, l'amputation du bras dans l'articulation nous paraît le seul parti qui laisse quelques probabilités de conserver l'existence aux nombreux soldats blessés de cette sorte, qui, à chacune de nos sanglantes batailles, affluent dans nos ambulances avancées.

Il est un autre cas malheureusement observé assez fréquemment aux armées, sur lequel l'attention des praticiens n'a pas été suffisamment fixée, et qui, à ce qu'il nous semble, fournira encore une autre indication précise de pratiquer l'amputation dans l'article. Nous en appelons sur-tout pour ce cas, à l'expérience des chirurgiens militaires (et l'on peut même en référer à la justesse du raisonnément des praticiens consommés.) Lorsque, par cette manière d'agir qui a fourni matière à tant de faux rai-

sonnemens et d'absurdités scholastiques, un boulet à la fin de sa course vient à produire une lésion des plus graves dans l'intérieur d'un membre, sans altération apparente des tégumens, si le siège du mal est le moignon même de l'épaule, nous ne craignons pas d'avancer que souvent alors l'amputation dans l'article est le seul moyen à mettre en usage. En effet, un boulet à la fin de sa course, atteint, dans une direction plus ou moins oblique, le gros de l'épaule d'un soldat : il le contourne sans produire de lésion apparente aux tégumens : mais portez le bistouri profondément jusqu'à l'os : si vous ne trouvez pas celui-ci broyé comminutivement, vous l'apercevrez du moins dépouillé de son périoste, dans la presque totalité de sa circonférence, et profondément altéré dans sa substance ; il a déja même un aspect terne qui ne lui est pas naturel, et qui indique une désorganisation profonde ; les muscles sont réduits au loin en une sorte de bouillie où la fibre musculaire, le sang, les parties blanches, tout enfin est confondu. Les principaux vaisseaux du membre sont frappés d'une irréparable atonie ; les nerfs sur-tout engorgés, infiltrés d'un sang noirâtre, ne sont plus aptes à l'exercice de leurs fonctions, et à conserver la vie dans le membre qui est voué à une gangrène inévitable. L'expérience des chirurgiens qui ont beaucoup pratiqué sur les champs de bataille, leur a appris à distinguer cet état funeste du membre, caché sous l'apparence insidieuse d'intégrité des tégumens, et même de l'os, et à savoir que le sphacèle se manifeste sans délai, et qu'il est rapidement mortel. A leurs yeux c'est encore un cas d'amputa-

tion dans l'articulation. En effet, cet état du membre, des gros vaisseaux et des nerfs rentre dans la classe de celui que *Scarpa* lui-même a regardé comme indiquant positivement la nécessité de l'amputation (nous rapporterons plus bas son opinion à ce sujet) : il y a comminution ou altération profonde de tout le corps de l'os, attrition extrême des chairs réduites en bouillie, destruction des fonctions des gros vaisseaux et des nerfs principaux du membre ; la vie ne peut plus s'y maintenir, le bras sera inévitablement la proie du sphacèle. Ces praticiens préfèrent donc amputer de suite dans l'épaule que d'attendre que la gangrène soit déclarée, pour exécuter une opération qu'ils savent être indispensable, n'ignorant aucunement combien cette expectation ferait courir de risques au blessé. Nous n'avons rien avancé touchant cet état de désorganisation profonde et d'anéantissement total de la vie dans un membre, par le choc oblique d'un boulet, que nous n'ayons pu vérifier nous-mêmes, et notamment le 22 août 1813, à Lowemberg, où nous avons vu M. *Larrey* pratiquer l'amputation du bras dans l'article, pour un accident qui nous a fourni tous les détails descriptifs dans lesquels nous sommes entrés. Nous conviendrons volontiers qu'il n'est donné qu'aux praticiens d'une expérience très-étendue, de pouvoir prononcer au premier coup-d'œil sur l'existence de cette désorganisation profonde, ou de cette extinction inévitable, ou même déja complète, de la vie dans un membre, et de se décider en conséquence à pratiquer de suite une opération d'une aussi grande importance que l'est la désarticulation du bras. Toujours est-il

que dans ce cas l'opération est positivement indiquée.

N'est-ce pas encore un cas d'amputation dans l'articulation, que celui-ci? Une voiture pesamment chargée passe sur le bras d'un homme ivre, à la hauteur de l'insertion du deltoïde. Il y a contusion extrême des parties molles, fracture comminutive de l'humérus; la portion supérieure de cet os qui en comprend la tête et le col, se trouve fendue suivant sa longueur, et partagée en deux fragmens. Les parties molles du dedans du bras sont plus ou moins contuses, l'artère froissée, désorganisée, le membre tombe en gangrène au au bout de six jours, le sphacèle paraissant alors borné à l'insertion du deltoïde. Mon père, appelé en consultation, prononce sur la nécessité de l'amputation du bras dans l'article, et la fait exécuter en sa présence par le chirurgien de l'hôpital civil et militaire de Blois, où l'on avait apporté le blessé. Ce fait date de 1794. Nous demandons aux praticiens si l'on n'a pas agi suivant l'indication la plus précise de l'art, et suivant les besoins de la nature, en pratiquant la séparation de ce membre gangrené, et la désarticulation de cette tête de l'humérus fendue suivant sa longueur.

Quoi de plus? Voici *Scarpa* lui-même qui va en faire un principe positif. Après avoir énoncé clairement son opinion sur la possibilité de conserver le bras après une blessure de l'artère axillaire, et par conséquent éloigné toute idée d'amputation dans l'article pour cette cause (opinion qui, du reste, sera discutée plus bas), il ajoute cette note judicieuse : « J'entends parler des blessures de l'artère axillaire non

compliquées d'accidens graves; car toutes les fois que par un coup de feu, par l'effet d'une violente contusion, ou par celui du passage d'une roue de voiture, l'artère axillaire a été ouverte, ou tout autre tronc principal d'un membre, et sur-tout auprès d'une articulation, et qu'en même temps il y a eu forte contusion aux parties molles, ou fracture des os avec extravasation d'une quantité considérable de sang, tout le membre est dans une grande atonie; *et j'ai constamment observé en pareil cas*, que la ligature de la principale artère du membre n'est d'aucune utilité, *à quelque distance de son origine qu'elle soit faite*; et que l'amputation pratiquée à temps est le seul moyen qui puisse conserver le membre. » (Scarpa, *Réfl. et Obs. sur l'Anévrisme*, p. 400, note.)

La lésion de l'artère axillaire serait-elle une cause suffisante pour déterminer à l'opération? Ici se présente à résoudre une question de la plus haute importance. Lorsqu'un anévrisme est situé à la partie la plus élevée de l'artère brachiale, ou à la fin de l'axillaire, ou bien encore quand un coup de fusil, ou tout autre instrument vulnérant, quel qu'en soit le mode d'action, a ouvert l'un ou l'autre de ces troncs vasculaires, doit-on pratiquer l'amputation du bras dans l'articulation scapulo-humérale? *Scarpa* prend à ce sujet un ton d'assurance, qui semble décider irrévocablement la question. Je suis si intimement persuadé, dit-il, d'après la disposition anatomique des parties, que l'on peut conserver le bras, malgré la ligature de l'artère axillaire, indépendamment du plexus brachial, que j'ose

prédire que le temps n'est pas fort éloigné, où les chirurgiens s'étonneront de nos doutes à cet égard, comme nous l'avons été de l'inquiétude et de la timidité de nos prédécesseurs, à l'égard de la ligature de l'artère brachiale vers le milieu du bras, et de celle de l'artère fémorale au tiers supérieur de la cuisse, et à quatre doigts seulement au-dessous de l'arcade crurale (*ibid., texte.*) Il s'appuie sur la distribution anatomique des vaisseaux artériels du moignon de l'épaule, qui s'anastomosent avec ceux du col et de la poitrine, et cite, pour confirmer son opinion, l'observation de *Hall* et celle de *Boërhaave.* Dans la première, il est question d'un homme qui avait reçu une blessure large et profonde dans l'aisselle par un coup de fusil qui avait ouvert l'artère axillaire. Le blessé tombé en syncope, fut sauvé par la ligature de l'artère et conserva son membre. (John Bell, *Discourses on the nature and cure of wounds, p.* 39.) La deuxième fait mention d'une blessure de la fin de l'axillaire, par un coup de couteau dans le creux de l'aisselle. Le blessé laissé pour mort pendant vingt-quatre heures, après une hémorragie foudroyante, conserva la vie et son membre, sans qu'il fut nécessaire de recourir à la ligature de l'artère ouverte. (Van Swieten, *Comment. in Aphor. Boërh., tom.* 1, *p.* 161.) Voilà donc deux faits authentiques qui démontrent la possibilité de la conservation du bras après la blessure de l'axillaire dans le creux de l'aisselle. Cependant nous avons vu à Vérone, en 1807, un jeune homme mourir d'une gangrène de tout le bras, qui s'est étendue jusqu'au tissu cellulaire du creux de l'aisselle et aux parties

latérales du tronc, après une blessure de l'axillaire, par un coup d'épée reçu dans la profondeur de l'aisselle. Imbu des principes puisés à l'école même de *Scarpa*, le chirurgien-major de l'hôpital militaire s'opiniâtra à se confier aux ressources infinies de la nature pour conserver la vie dans le membre par la voie des anastomoses : le sphacèle s'étendit rapidement, et nous eûmes la douleur de voir mourir notre blessé le septième jour de son accident. En 1810, à Vittoria, un grenadier d'environ trente ans, fort et robuste, reçut en duel un coup de sabre dans le creux de l'aisselle : l'artère axillaire fut ouverte. On employa un appareil très-compliqué, et l'on exerça la compression immédiate sur le vaisseau, qu'on aplatit contre la tête de l'humérus, le bras étant maintenu rapproché du tronc. Le cinquième jour, le sphacèle le plus complet s'en était emparé, et le neuvième, le blessé mourut de l'extension de la gangrène aux parties antérieure et postérieure du tronc. Nous avions dans l'un et l'autre cas pronostiqué le funeste résultat des tentatives de conservation du membre, et malheureusement nos craintes ne furent que trop réalisées. Nous avons donc d'un côté les observations de *Hall* et de *Boërhaave*, qui donnent tout espoir de réussite dans l'essai de conservation du membre après la blessure de l'axillaire ; et d'un autre côté, celles que nous avons recueillies, qui viennent cruellement détruire cet espoir. Dans cette incertitude, quel parti prendre ? Amputera-t-on dans l'article un membre que peut-être la nature eut conservé au blessé ? Compromettra-t-on les jours de ce dernier, en l'exposant

à voir tomber son bras dans un état de sphacèle devenu promptement mortel chez nos deux blessés ? Nous n'oserons pas affirmer qu'il serait plus humain de sacrifier peut-être chez un blessé un membre qu'on eut pû conserver, et de sauver effectivement la vie des autres en les amputant sans délaï, que de compromettre essentiellement l'existence de tous, dans l'espoir, peut-être fondé, de conserver le bras à l'un d'entr'eux. Du moins, nous sera-t-il permis de conclure, des faits contradictoires que nous avons rapportés, que si l'on peut dans tous les cas s'autoriser des deux faits de *Hall* et de *Boërhaave*, pour tenter la conservation du membre après la blessure de l'artère axillaire, par la ligature, mieux encore que par la compression, il devient indispensable de pratiquer l'amputation dans l'article, dès que le sphacèle s'empare de l'extrémité inférieure du membre. On est bien certain qu'il envahira la totalité : il serait téméraire d'attendre que la gangrène se bornât, et qu'elle fit seule les frais de la séparation du membre. Les deux cas que nous avons rapportés, ne montrent que trop le danger et la presque certitude que l'affection gangreneuse s'étendrait au tronc, et ferait périr le malade. En amputant avant que le sphacèle soit borné, on ne coure point de risque dans ce cas de voir la gangrène survenir au moignon ; la cause n'en est point interne, la mortification est purement locale ; elle n'envahira les parties que de proche en proche, en procédant de l'extrémité du membre vers le tronc. En amputant de bonne heure dans l'articulation, on divise des parties pleines de vie, qui devraient rester telles, puisque

les artères du moignon de l'épaule sont conservées, et que le sphacèle ne pourrait atteindre qu'en s'étendant par voie de continuité. (Voyez, sur ce point important de thérapeutique chirurgicale qui n'a pas encore été assez approfondi, l'excellent Mémoire de M. *Larrey* sur la gangrène traumatique, *tom.* 3, *p.* 141.) Ainsi donc, en n'admettant même pas que de prime-abord la blessure de l'artère axillaire soit une cause suffisante pour déterminer à l'opération, on voit que cette même lésion peut en amener consécutivement la nécessité, en occasionnant la gangrène du membre.

Nous pourrions appuyer notre opinion défavorable sur la lésion de l'axillaire par le résultat funeste de l'opération hardie que tenta *Desault*, dans un cas de blessure de cette artère, au-dessus de la naissance de la scapulaire commune et des circonflexes. Ce grand praticien fit preuve d'une hardiesse chirurgicale, supérieure à tout ce qu'on avait vu jusqu'alors, de connaissances vastes et précises de l'anatomie des rapports, etc.; néanmoins le sphacèle finit par s'emparer du membre, et le malade succomba le sixième jour. (*OEuvr. chirurg.*, *tom.* 2, *p.* 553 *et suiv.*) Mais *Scarpa* récuserait la preuve que nous pourrions tirer de ce fait pour appuyer notre opinion sur la nécessité de l'amputation du bras dans l'article dans une circonstance analogue, comme il rejette l'observation de M. *Pelletan*, qui sera citée plus bas, parce qu'il ne croit pas que personne se persuade facilement qu'on puisse lier impunément le plexus brachial avec l'axillaire même pour quelques instans, comme l'a fait *Desault*, jusqu'à ce qu'il fut parvenu à

lier l'artère axillaire seule (*loc. cit.*, *p.* 339), etc. Cependant, les détails mêmes de l'opération, tels qu'ils sont rapportés par *Bichat*, font voir que la compression circulaire des nerfs n'a pas eu sur eux le même effet qu'aurait produit leur section complète, puisque le membre a conservé pendant quelques jours encore la vie et le sentiment. Toujours est-il que le non-succès de cette opération confirme la justesse de notre manière de voir, ne fût-ce que par la difficulté de parvenir à lier l'artère axillaire, sans avoir recours au moyen provisoire de suspension du cours du sang que *Desault* a mis en usage.

Puisque la lésion profonde et simultanée du plexus brachial et de l'artère axillaire est inévitablement cause de mortification, selon *Scarpa* lui-même, il faudra nécessairement en conclure, que même dans le cas de l'intégrité la plus parfaite de l'os du bras et des parties molles qui forment le moignon de l'épaule, si un instrument vulnérant quelconque, tel qu'une épée, une balle, vient à diviser complètement l'un et l'autre, ou à les désorganiser en totalité, la vie devra nécessairement s'éteindre dans le membre, et tout chirurgien prudent et ami de l'humanité, ne pourra se dispenser de pratiquer l'extirpation dans l'épaule. Aussi avons-nous vu le grand praticien déjà cité plusieurs fois depuis le commencement de ce Mémoire, ne point hésiter dans un cas semblable à faire le sacrifice d'un membre nécessairement voué à la mort, sans attendre que la gangrène, venant à s'en emparer, étendît ses ravages mortels jusqu'au tronc. L'opération à laquelle nous assistâmes à Dresde,

le 5 octobre 1813, fit voir que le plexus brachial était en partie désorganisé par la balle, et l'artère ouverte fort haut dans une étendue de quelques lignes. Il se présenta une particularité remarquable, c'est que le tube artériel, dans l'endroit même de la blessure, et seulement un pouce environ au-dessus et au-dessous, avait contracté une consistance cartilagineuse, ce qui privait entièrement des ressources ordinaires de la rétraction et du resserrement de l'artère : aussi y avait-il eu après la chûte de l'escarre, plusieurs hémorragies foudroyantes qui avaient considérablement affaibli le blessé, et ne permirent pas même d'attendre que la gangrène, dont le membre ne pouvait manquer d'être atteint, se fût élevée jusqu'au pourtour de l'articulation.

Enfin, pour ce qui concerne les anévrismes de l'artère axillaire, il faut convenir que la comparaison qu'on en a faite avec ceux de l'artère crurale à son origine, n'est pas exacte. En effet, il est possible, dans le cas d'anévrisme de cette dernière, de fendre l'arcade aponévrotique sous laquelle elle passe, comme *Abernethy* dit l'avoir fait. (*Voyez le* 2.e *Mémoire* de M. Maunoir, *sur l'anévrisme*, ou *tome* 11 *du Recueil périodique de la Société de Médecine*, *p*. 171), ou même d'inciser la paroi inférieure de l'abdomen, pour aller lier l'iliaque externe elle-même, ainsi que l'ont pratiqué avec des succès variés MM. Cooper (*Journal de Médecine de* Corvisart, etc., *tom.* 18, *p.* 26), Delaporte (*Société Médicale d'Emulation*, *t.* 7, *p.* 368), et Bouchet (*Bulletin de la Faculté de Médecine*, *t.* 4, N.o 8, *p.* 174, *Journal de Médecine*, etc., *t.* 28, *p.* 427.) Mais dans un cas

d'anévrisme de l'artère axillaire occupant la partie la plus profonde de l'aisselle, ou situé au-devant de la clavicule, à l'endroit où finit la sous-clavière, la présence de cet os sera toujours un obstacle insurmontable qui s'opposera à ce qu'on pratique la ligature de ce vaisseau au-dessus du siège du mal. Tout le monde connaît les essais nombreux de l'*Héritier* pour tâcher d'embrasser l'artère dans une ligature passée au-dessous de la clavicule, et comprenant cet os dans l'anse qu'elle forme : tantôt il a manqué le vaisseau, tantôt au contraire, il l'a traversé avec l'aiguille ; d'autres fois il a compris avec lui dans la ligature une portion du plexus brachial. Il est vrai qu'un de nos plus habiles opérateurs réussit assez fréquemment *sur le cadavre* à lier l'artère à sa sortie d'entre les scalènes, mais il suffit de se rappeler les rapports anatomiques de l'artère en cet endroit, et sur-tout les désordres amenés par la maladie, pour sentir l'excessive difficulté de cette opération hardie. Ceux qui suivaient *Desault* dans les dernières années de sa pratique, se rappelleront sans doute, dit *Bichat*, d'avoir vu périr subitement, à l'amphithéâtre, un malade qu'il opérait d'un anévrisme à la partie supérieure de l'axillaire, par l'impossibilité où l'on fut d'arrêter le sang (*OEuv. chirurg.*, *t.* 11, *p.* 555). M. le professeur *Pelletan*, dont nos faibles éloges ne pourraient relever le mérite, si justement et si généralement reconnu, a tenté de lier pareillement l'artère axillaire dans un cas d'anévrisme : il comprit dans une ligature provisoire le paquet de nerfs avec l'artère ; mais bientôt la gangrène se manifesta et occasionna la mort du malade.

Tous ces faits réunis mettent, à ce qu'il nous semble, l'anévrisme de l'artère axillaire à la partie la plus élevée, au nombre des maladies qui se dérobent totalement aux ressources les mieux dirigées de la chirurgie.

Reste donc l'anévrisme de la fin de l'axillaire. Il n'appartient qu'à des praticiens consommés, de prononcer jusqu'à quel point il sera jamais possible d'aller au milieu du désordre produit par la maladie, lier à une aussi grande profondeur un tronc artériel environné d'autant de parties importantes et même essentielles à conserver. L'opération hardie de *Desault*, déjà mentionnée (*loc. cit.*, *p.* 553), nous donne peut-être une idée précise du succès qu'aurait cette tentative. Toujours est-il que dans le cas où le membre tomberait en gangrène, l'extirpation dans l'épaule deviendrait encore la seule ressource qui laissât quelque espoir de sauver la vie au malade, soit qu'on attendît témérairement que la gangrène se bornât, au risque de la voir s'étendre au tronc, comme il est arrivé aux deux blessés dont nous avons rapporté l'histoire, ou que, plus prudent, on pratiquât l'ablation du membre, dès l'instant où des signes manifestes apprendraient que la vie ne peut plus s'y conserver, ou que même elle y est déjà éteinte. De plus, M. *Leveillé* lui-même, qui ne veut admettre encore aucune cause de l'extirpation dans l'épaule, termine ses considérations sur l'anévrisme axillaire, pour lequel il propose la ligature à tout hasard de non-succès et de gangrène, par cette phrase remarquable : néanmoins, un anévrisme ancien, avec menace de gangrène, douloureux et compliqué d'œdème

du membre, d'épuisement des forces, fait craindre pour la mort qu'une simple ligature ne préviendrait pas. L'extirpation du bras, quoiqu'incertaine, devient une dernière ressource (*Nouv. Doctr.*, *t.* 4, *p.* 265); contradiction manifeste avec la proposion que nous avons combattue, et qu'on lit à la page 581. *Scarpa* avait déjà dit dans un paragraphe, d'où celui que nous venons de transcrire est manifestement tiré : Un cas aussi périlleux *ne laisse d'autre parti à prendre que celui de la désarticulation du bras*, et de la ligature de l'artère axillaire au-dessus de l'endroit où elle a été blessée. (*Ouvrage cité p.* 403.)

Il résulte des faits exposés dans ce Mémoire, et des raisonnemens dont nous les avons appuyés, que les cas qui nécessitent *plus particulièrement* l'extirpation du bras dans l'articulation scapulo-humérale, l'une des opérations les plus importantes de la chirurgie, sont :

Une exostose *avec carie par vermoulure*, s'étendant depuis le milieu de l'humérus jusqu'à son col, ou toute autre affection pathologique de cet os, qui s'accompagne inévitablement de l'altération profonde des parties molles, telle enfin qu'était le cas pour lequel *Ledran* a pratiqué l'amputation à l'article ;

La destruction presque totale du moignon de l'épaule, de la tête, du col et d'une grande partie de l'humérus, par le choc d'un boulet de canon, qui ne laisse plus le bras attaché au corps que par quelques lambeaux peu volumineux de parties molles ;

Un désordre non moins considérable dans l'os, les parties molles, les vaisseaux et les

nerfs principaux, par l'action d'un corps compressif, comme la roue d'une voiture pesamment chargée qui aura passé sur le moignon de l'épaule, et occasionné la gangrène jusqu'au voisinage du tronc ;

L'extinction de la vie dans le membre par l'action oblique d'un boulet à la fin de sa course, qui a produit l'attrition profonde des muscles, des nerfs, des principaux vaisseaux, comme nous l'avons exposé plus haut ;

De même aussi, selon les faits authentiques consignés dans les fastes de la chirurgie, et d'après notre propre expérience, la blessure, ou l'anévrisme de l'artère axillaire et des principales branches du plexus brachial, tant parce que l'opération de l'anévrisme à la partie supérieure de cette artère est difficilement praticable, que parce que la lésion en elle-même et la ligature, si l'exécution en était possible, entraîneraient inévitablement la gangrène du membre ; de sorte que pour éviter que cette dernière affection ne s'étende jusqu'au tronc et ne fasse périr le malade, il faudra pratiquer l'ablation du membre dès qu'il sera manifestement atteint de sphacèle ;

Enfin, cette dernière affection elle-même, quelle qu'ait été la cause qui l'ait produite, en devient une de l'amputation du bras dans l'article, dès que la mortification paraît se borner au pourtour de l'articulation.

Les fastes mêmes de l'art, l'expérience des plus grands chirurgiens, ce que nous avons vu et observé de nos propres yeux, autant de points successivement présentés et développés dans ce Mémoire, nous autorisent donc à conclure que les praticiens doivent admettre l'in-

dication positive de l'extirpation du bras dans l'épaule, et reconnaître plusieurs cas qui nécessitent inévitablement cette grande opération; et que, soit dans la pratique des grands hôpitaux, soit sur-tout aux armées et principalement sur le champ de bataille, les occasions d'y avoir recours, se présentent même fréquemment.

Pour rendre plus complètes ces considérations sur l'amputation du bras dans son articulation avec le scapulum, nous ajouterons une réflexion qui présente le plus grand intérêt; c'est la réussite presque généralement heureuse de cette importante opération. Il est même démontré maintenant que le nombre des succès surpasse de beaucoup celui qu'on obtient dans le cas de pratique la plus heureuse, après l'amputation dans la continuité des membres, non-seulement du bras, mais encore de la cuisse.

BRESCHET, *Secrétaire.*

De l'Imprimerie de MIGNERET, Imprimeur du Journal de Médecine, rue du Dragon, F. S. G., N.° 20.

BULLETIN

DE

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE

D'ÉMULATION.

N.° II. — FÉVRIER 1815.

DÉMONOMANIE

OBSERVÉE A SESSA, DANS LE ROYAUME DE NAPLES, DANS LES PREMIERS JOURS DE FÉVRIER 1812;

Par M. BERTHOLLET, médecin des armées.

LE sujet de l'observation, est une femme de trente et quelques années, d'une constitution forte et robuste, et qui n'a eu de sa vie aucune affection qui ait pu avoir quelque analogie avec la maladie dont il s'agit; elle est absolument due à une cause accidentelle que voici : Il existe dans le royaume de Naples, un usage de prêcher la mission, et les prêtres s'appellent Missionnaires. Ils vont à différentes époques, dans différens lieux, prêcher pendant un temps donné. Pour rani-

mer la foi des fidèles, ils accompagnent leurs moyens oratoires de certains actes qui souvent produisent une impression trop vive sur les esprits faibles; c'est ainsi qu'ils étendent leurs mains sur des torches ardentes, qu'ils se fustigent avec des disciplines hérissées de pointes de fer, qu'ils se lient et garottent, etc., etc.. Si ces moyens ne sont pas assez puissans pour émouvoir l'auditoire, ils ordonnent de pleurer, et les bonnes-femmes savent déjà, avant d'aller les entendre, qu'elles doivent pleurer lorsque le prédicateur les avertira du moment. Ces sermons sont toujours prolongés jusqu'au déclin du jour, et prennent toujours une demie ou une heure de nuit. La faible lueur de quelques flambeaux aide beaucoup à la scène...

L'un de ces sermons donna lieu à la maladie que je rapporte. Le sujet était l'*enfer*, et pour ajouter au tableau effrayant qu'en avait tracé le prédicateur, il prit en ses mains une tête de mort, et ayant élevé un doute sur le lieu où était l'ame de celui à qui elle avait appartenu, il dit, en l'évoquant : si tu es en paradis, prie, etc...; si tu es en enfer, maudis tout, etc., etc. Il la jeta avec une telle fureur, que dès ce moment il se produisit une révolution chez la dame que j'eus ensuite occasion de soigner.

Premier jour, mal-aise général; la nuit est très-agitée, presque point de sommeil; des rêves affreux font desirer la veille.

Le 2.e, ayant rendu au matin quelques vers, on lui fait prendre les vermifuges, unis à un laxatif. Quelques selles; sur le soir des calmans; même agitation pendant la nuit.

Le 3.e, un officier de santé du pays lui conseille un émétique; aucun effet avantageux

n'est produit. L'après-midi, le délire et le paradis l'occupent; elle ne pense qu'à Dieu; elle redoute de pouvoir paraître devant lui; elle craint déjà l'enfer. Pendant la nuit elle croit être damnée, le diable et tous ses satellites se sont emparés d'elle; elle est furieuse, et veut battre les personnes qui l'entourent: elle n'excepte pas son mari qu'elle aimait beaucoup.

Le 4.e, je fus appelé, et c'est alors que je la vis pour la première fois. Sa face était convulsive, le regard menaçant et furieux, l'agitation extrême, besoin de faire du mal, envie de se jetter sur moi. On la tient de force, et se voyant dans l'impossibilité de me nuire, me regardant fixement, elle hésite si elle doit me répondre. Cependant, au bout de quelques instans, elle me répondit: « quels secours penses-tu donner à une femme au pouvoir du démon, et qui est consumée par un feu qu'il n'est pas donné aux mortels de pouvoir éteindre? » Je ne cherchai point à combattre son opinion, je craignais trop de l'irriter; j'essayai seulement de lui dire que l'on pourrait diminuer les souffrances de l'enfer, et qu'il fallait pour cela avoir quelques détails sur la nature de ses maux. Elle n'adhéra à ma demande que lorsque je l'eus assuré que les secrets infernaux ne m'étaient pas étrangers. Alors elle me dit: « Un mal de tête très-intense m'accable, et mon estomac est le foyer du feu qui me dévore. » Il ne fut plus possible d'obtenir d'autre réponse. Cependant elle ajouta, que la nature de ses excrémens l'avait assurée de celle de ses maux. Les moyens que je crus devoir employer furent rejettés; je lui proposai un bain, elle eut horreur de ce moyen; le feu qui la consu-

mait, me dit-elle, n'en deviendra que plus ardent. Elle réfléchit long-temps, et me dit ensuite, « je veux prendre le bain ; c'est une preuve que je veux te donner, le feu qui me dévore te sera sensible, et tu ne douteras plus de mon état. »

Le bain est préparé : elle y entre, calme d'abord, mais bientôt elle demande à en sortir ; elle déclare qu'elle ne peut plus y tenir, les flammes l'embrâsent. Je pense qu'une application de glace sur la tête pourrait être avantageuse. Je lui annonce qu'il est nécessaire de la coiffer, elle s'y oppose avec fureur ; cependant on parvient à la décider. On lui fait entrevoir que ses cheveux augmentent le feu qui lui fait si mal à la tête, et après de grandes difficultés, elle consent à les laisser couper. Application immédiate d'une vessie remplie de neige, avec addition de muriate de soude. Elle en éprouve à l'instant un saisissement marqué, qui peu-à-peu dissipe cette extrême fureur : elle supplie en vain qu'on l'en débarrasse. Je recommande aux gardes de veiller à ce qu'elle ne s'arrache pas cette calotte. Je la fais changer aussi souvent qu'il le faut pour maintenir toujours un grand froid. Elle demande à boire, on lui donne de l'orangeade ; elle prend aussi quelques cuillerées d'une potion calmante. Sur le soir elle me parut plus tranquille ; toujours occupée du démon, son délire n'est pas furieux. Elle refuse toute boisson : le pouls avait été très-irrégulier et accéléré.

Le 5.e, on avait enlevé le matin, avant mon arrivée, la calotte de glace. La fureur avait augmentée ; la figure était beaucoup plus décomposée, le pouls était très-accéléré. Je veux

appliquer la glace, il faut employer la force. Après cette application, succède un calme; on lui présente un bouillon, qu'elle prend : elle boit dans la journée un peu d'orangeade. Le soir elle vomit à très-haute voix toutes sortes d'imprécations contre la Divinité. Elle insulte son frère, prêtre, qui se présente à elle. Je fais recouvrir une plus grande surface avec de la glace; je fais enlever de sa chambre tout emblême de la religion, dont la vue augmente sa fureur. A mon insçu, et malgré mes défenses, on la fit exorciser; le capucin qui exerça son ministère, n'en obtint que des injures. Elle paraît comme enragée, elle veut mordre tout ce qui l'approche; elle insiste pour voir son jeune enfant, afin de le dévorer : point de sommeil.

Le 6.e, paraît une légère rémission. Je fais synapiser les pieds et continuer la glace qui recouvre tout le front et les tempes. Le pouls devient plus régulier, l'urine est moins rouge; elle a une selle assez copieuse : elle ne veut que de l'orangeade.

Le 7.e, Beaucoup plus de calme; elle veut raisonner sur l'enfer, elle traite mes réponses de folies; elle garde le silence toute la journée, ne veut prendre qu'un léger bouillon. Le soir, elle se plaint de la glace qu'elle a sur la tête. Ayant remarqué que le délire augmentait peu après qu'on l'avait enlevée, je l'y fis conserver. Refusant toute boisson, je la priai de se laisser donner un lavement; elle rit de ma proposition, et elle n'y consent qu'en me déclarant que le feu allumé dans son corps ne s'éteindrait pas. Le lavement est laxatif; il y a trois selles pendant la nuit.

Le 8.e, elle renouvela avec tranquillité la

prière qu'elle avait faite de lui ôter la glace. J'adhère à sa demande, elle m'en remercie. Deux heures se sont à peine écoulées, qu'elle entre dans une fureur terrible; lorsque j'arrive, elle m'accable de propos les plus obscènes : on lui présente à boire, elle jette le gobelet. Sur le soir, l'application nouvelle de la calotte glacée ramène un peu de calme : il y a très-peu de sommeil. Le pouls avait été calme le matin; très-irrégulier et plus accéléré sur le soir.

Le 9.e, au matin, elle veut voir le grand-vicaire, en annonçant que s'il parvient à la convaincre, elle cessera d'être damnée. Il arrive, elle discute avec chaleur, et l'esprit de l'ecclésiastique ne change rien à son état. Elle boit un peu d'eau et de vin qu'elle demande. Le soir elle prend un calmant; le pouls est plus régulier et peu amélioré : il y a quelques heures de sommeil.

Le 10.e, calme; elle parle avec confiance à son mari; elle m'engage à lui enlever l'épitême, me promettant d'obéir à mes ordonnances. Je lui fais boire un verre d'une potion laxative; il y a plusieurs selles dans la journée. Sur le soir, les idées démoniales se renouvellent, et l'application de la calotte de glace diminue la fureur. Le pouls est assez régulier et plus lent : il y a quelques heures de sommeil.

Le 11.e, le matin est assez calme; elle racle avec force sa langue; quelques particules un peu colorées se détachant, elle me les montre, pour me convaincre du feu infernal qui la consume. Elle me prie instamment de la laisser brûler : elle ne veut rien prendre. Sur le midi, elle desire avoir de la glace aux pieds et non

à la tête. Les pieds lui brûlent, (effet des synapismes) elle chante très-haut, *ayez pitié d'une ame damnée;* et rien ne peut l'empêcher de chanter continuellement ces mêmes mots. Elle ne veut pas répondre aux questions qu'on lui fait. La nuit, le temps est orageux; il y a plusieurs coups de tonnerre; un sur-tout est si fort, qu'elle en éprouve une grande commotion; elle s'en épouvante, et la voilà qui se recommande à Dieu. Elle veut se mettre à genoux; elle demande un prêtre, et engage tout le monde à prier. Par cette révolution, le diable est chassé.

Le 12.e, je la trouve calme et pleine de dévotion; elle me demande pardon de tout ce qu'elle m'a dit pendant sa maladie; elle se rappelle les injures qu'elle m'a vomies: elle exige l'assurance d'un oubli sincère. Je lui fais enlever la glace; je lui fais prendre une boisson laxative qui procure plusieurs selles très-fétides: elle est tranquille, et dort d'un sommeil réparateur.

Le 13.e, je lui fais une dernière visite; j'avais remarqué que ma vue lui rappelait trop son état, que déjà elle voulait oublier. J'ordonnai les soins pour sa convalescence; je recommandai sur-tout qu'on éloigna d'elle les personnes qui avaient été témoins de ces scènes de démonomanie. On la mène à Naples; elle n'a plus rien ressenti: seulement elle m'a paru par la suite desirer un peu la solitude.

Il n'y a donc eu dans cette maladie, qui a été jugée le 11.e jour, que l'application de la glace qui ait produit un effet marqué et avantageux, quelques laxatifs ont eu de bons résultats, jugés seulement par la nature des sel-

les, mais le délire continuait lorsque la violente commotion causée par le bruit du tonnerre est venue terminer cette maladie.

Il a été impossible de suivre aucun traitement interne, la malade ne l'a jamais permis.

MÉMOIRE

SUR LES AMPUTATIONS PARTIELLES DU PIED ;

Par L. R. VILLERMÉ, D.-M.-P.

IL ne paraît point qu'on ait fait d'amputation partielle du pied avant 1791. Toutes les fois que la chirurgie a retranché une portion considérable du pied avant cette époque, l'opération qu'elle pratiquait, différait trop de l'amputation, pour qu'on puisse lui donner ce nom : c'était une résection, ordinairement nécessitée par un coup de feu ou l'écrasement du pied, dans laquelle le chirurgien, guidé par les traces et les limites du désordre, ne faisait que terminer une opération dont l'accident avait fait les plus grands frais. Le premier exemple qui nous soit connu de retranchement d'une grande portion du pied, dont le procédé ait été basé sur la connaissance anatomique de la partie, sur les règles à suivre dans les amputations, et qui paraisse applicable à de certains cas déterminés, a été donné par *Chopart ;* il se trouve consigné dans un ouvrage publié par *Fourcroy*, et qui a pour titre la *Médecine éclairée par les Sciences physiques*, t. 4, p. 85 ; c'est une observation

rédigée par M. *Lafiteau*, alors élève des Ecoles de Chirurgie.

Le sujet de cette observation, par suite d'un ulcère occasionné et entretenu par l'ongle du gros orteil, qui en se recourbant avait entamé la peau, offrait dans toute l'épaisseur du pied un engorgement compliqué du gonflement des os du métatarse et de la carie du premier de ces os; engorgement qui finit à la longue par devenir continuellement douloureux et squirreux, mais qui laissait la portion du pied voisine de son articulation avec la jambe parfaitement saine. Cette dernière circonstance fut ce qui suggéra à *Chopart* l'idée de conserver la partie postérieure du pied, en amputant dans les articulations à-peu-près parallèles de l'astragale avec le scaphoïde, et du calcanéum avec le cuboïde. L'opération fut suivie de la réunion partielle par première intention, des deux lambeaux qui furent formés aux surfaces articulaires des os, et de la cicatrisation complète au bout d'un mois de suppuration du reste de la plaie. L'observation rapporte aussi, qu'à cette époque le malade commença à s'appuyer sur la portion restante du pied, et que deux mois et demi après l'opération, il était presque aussi ferme sur ce pied que sur l'autre.

Chopart dût beaucoup s'applaudir et de l'idée et du succès de cette opération. Outre que par ce moyen il avait évité une très-grande difformité, il conservait au malade la portion essentielle du pied, qui seule pouvait servir à la station et à la progression.

En conservant ainsi la partie du pied qui s'articule avec la jambe, le malade, dit-on,

peut encore marcher sans le secours d'aucun moyen mécanique : l'action des muscles, qui du bassin et de la cuisse s'étendent à la jambe, ne peut pas être diminuée ; celle si puissante des muscles qui forment le mollet est encore complète. Malheureusement l'observation et le raisonnement expliquent assez que l'action conservée des muscles du mollet est au contraire un grand inconvénient. Si nous considérons que les autres muscles qui se fixent au pied ont chez nous, pour la plupart, leur action empêchée par l'usage des chaussures étroites et à semelles, souvent très-peu flexibles, tels sont ceux qui appartiennent aux orteils, que les seuls qui font mouvoir en totalité le pied, sont ceux dont l'action soit réellement perdue par une semblable amputation, nous serons portés à croire au premier examen, que dans notre état de société, si nous pouvons ajouter à l'extrémité restante du pied, une autre extrémité mécanique qui augmente la base de sustentation singulièrement diminuée par l'opération, nous aurons à-la-fois, et guéri la maladie pour laquelle on la pratique, et en grande partie remédié aux conséquences de l'amputation tout-à-fait irrémédiables par les seuls efforts de la nature, puisque nous avons remplacé en quelque sorte, ou formé de nouveau la portion du membre emportée. Cette extrémité artificielle acquerrait toute la perfection dont elle est susceptible, si, maintenue dans la direction du pied par un puissant ressort intérieur, elle pouvait se briser dans une étendue bornée par le poids du corps qui y serait alternativement transporté dans la progression, à l'imitation de ce qui se passe dans les articulations métatarso-phalangiennes.

Il paraîtra sans doute bien étonnant, qu'après un succès aussi complet que celui que l'on a annoncé avoir été obtenu par *Chopart*, on ne retrouve rien jusqu'à ce temps, touchant une opération dont les avantages se montrent au premier coup-d'œil avec tant de supériorité sur la seule opération qui puisse lui être substituée. La Médecine opératoire de *Lassus*, celle si précieuse de notre célèbre *Sabatier*, deux ouvrages publiés postérieurement à l'observation rédigée par M. *Lafiteau*, ne disent rien de l'amputation partielle du tarse. Ce n'est qu'en 1812, plus de vingt ans après, que l'on fait mention qu'elle ait été pratiquée de nouveau : c'est dans la troisième édition de la Nosographie chirurgicale de M. *Richerand*, et dans les Mémoires de chirurgie militaire de M. *Larrey*, qu'est signalée cette opération. Voici ce qu'en dit seulement ce dernier, vol. 3, pag. 400 : « Nous avons fait plusieurs amputations du pied entre les deux rangées des os » du tarse, ou entre le tarse et le métatarse : » elles ont toutes eu un succès complet. »

Le manuel de l'opération dont je parle, qui est décrit dans le Dictionnaire des Sciences Médicales, n'ajouterait rien au procédé de *Chopart*, si l'on n'y lisait que « lorsqu'une » fois le bistouri est introduit dans l'articu» lation du scaphoïde et de l'astragale, on le » fait agir de dedans en dehors, et que quand » les parties ligamenteuses de cette articula» tion sont divisées, on le dirige un peu en » arrière, pour l'engager dans celle du cu» boïde avec le calcanéum. »

Il suffit d'avoir fait comparativement deux fois l'amputation dans le tarse sur le cadavre,

pour être convaincu de la facilité qu'il y a à ouvrir d'abord l'articulation du scaphoïde avant d'ouvrir celle du calcanéum avec le cuboïde. Lorsque les ligamens serrés qui unissent le scaphoïde à l'astragale ont été divisés en dedans et supérieurement, en suivant en dehors l'intervalle des surfaces articulaires de ces deux os, on pénètre dans l'articulation du calcanéum et du cuboïde, où l'instrument est en quelque sorte conduit par l'espèce de convexité de la surface articulaire de l'astragale. Ensuite, avec la pointe du bistouri, il vaut mieux couper les ligamens inférieurs de l'articulation de l'astragale et du scaphoïde, et ce n'est qu'après que l'on désarticule complètement le cuboïde. En coupant les parties dans cet ordre, on ne tâtonne point pour trouver les articulations, et l'opération est beaucoup plus prompte. Il ne faut point perdre de vue, en pratiquant cette amputation, que la surface articulaire de l'astragale est convexe, et celle du calcanéum concave et un peu plus en arrière.

Qu'est-ce qui indiquera le lieu précis de la double articulation que l'on doit ouvrir? Le cherchera-t-on un peu en avant de la réunion du tiers postérieur du pied avec les deux tiers antérieurs, ou à cette réunion? Cette règle, d'ailleurs, ne serait-elle pas un défaut sur quelques sujets? Cherchera-t-on l'articulation à ouvrir, à environ un travers de doigt en avant de celle du pied avec la jambe? Dans cette supposition, pourra-t-on constamment connaître l'endroit précis de la limite antérieure de cette dernière articulation? J'ai pratiqué à l'armée l'amputation du pied dans le tarse, et je l'ai vu faire par plusieurs de mes camarades:

nous nous guidions sur la saillie plus ou moins marquée, que l'on reconnaît au moins au toucher quand l'œil ne peut l'apercevoir, et qui se trouve au côté interne du scaphoïde, derrière laquelle est immédiatement l'articulation à ouvrir. Ainsi, long-temps avant que M. *Philib.-Jos. Roux* signalât, dans le Mémoire qu'il vient de publier sur la réunion immédiate après l'amputation, le tubercule interne du scaphoïde, pour pénétrer avec facilité dans l'articulation de cet os avec l'astragale, articulation qui, ainsi que le fait observer ce chirurgien distingué, est très-serrée, et dont rien sur le coude-pied n'indique exactement la position, les chirurgiens militaires qui ont eu fréquemment occasion de faire l'amputation partielle du tarse, se guidaient sur la saillie du scaphoïde pour ouvrir du premier coup de bistouri son articulation avec l'astragale; ils le faisaient même avant que M. *Richerand*, qui est le premier qui en ait parlé, en eût fait mention dans la troisième édition de sa Nosographie Chirurgicale.

J'ai cité les seuls écrits que je connaisse où l'on trouve quelque chose de positif touchant l'amputation partielle du tarse, opération que le silence de ceux qui l'ont pratiquée depuis *Chopart*, pourrait porter à croire qu'elle ne l'a été que rarement. C'est en vain que j'ai cherché quelque chose sur ce sujet dans la collection des Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

En rassemblant les détails de l'opération faite par *Chopart*, et ceux qui se trouvent dans les deux ouvrages où est décrit le procédé de l'amputation partielle du tarse, et que

j'ai déjà cités, il en résulte une bonne description du manuel de l'opération, à laquelle j'aurai d'autant moins la prétention d'en faire une autre, qui n'en serait que la répétition, que l'objet particulier de ce mémoire est de proposer une autre amputation, qui souvent pourrait être substituée à celle dans le tarse, et de prouver en même temps que cette dernière est bien moins avantageuse qu'on le dit. Mais pour fixer notre sentiment, je crois devoir discuter ici quelques-unes des opinions émises sur cette amputation, et joindre quelques remarques que la pratique m'a donné occasion de faire.

C'est avec raison que M. le professeur *Richerand* fait observer, qu'après avoir complètement désarticulé la partie antérieure du pied, il faut se servir du couteau droit. Faute de cette précaution, ou de se servir d'un bistouri assez grand, lorsque l'on n'a pas l'habitude d'opérer, il arrive quelquefois que le lambeau inférieur, qui est très-large, n'est pas bien taillé.

On ne peut pas toujours prolonger assez le lambeau inférieur, pour qu'il puisse s'appliquer aisément sur toute la surface de l'articulation ouverte, parce que si l'on fait cette amputation pour cause d'écrasement ou de carie, la peau de la plante du pied, le tissu cellulaire graisseux qu'elle recouvre, et même les muscles de cette région, peuvent être lésés; si c'est pour cause d'un coup de feu, ces parties le seront tout aussi souvent que la peau du coude-pied, et presque constamment elles le seront ensemble: alors le blessé sera heureux si, en ménageant la peau supérieurement et inférieurement, l'opérateur en trouve assez pour recou-

vrir toute la plaie. Quoiqu'on ait dit que le lambeau supérieur soit inutile dans cette opération, et qu'il vaille mieux que la cicatrice linéaire ne se trouve point sur l'extrémité antérieure du moignon, où elle serait trop exposée au déchirement, soit par l'effet d'un coup, ou d'une chaussure trop étroite, je pense que la cicatrice qui est sur l'extrémité antérieure du moignon n'est pas plus exposée au déchirement que celle qui se trouve au-dessus de ce moignon. On sent que cette dernière serait plus exposée à la chûte des corps, à ce qu'on marchât dessus, et qu'elle n'offrirait pas le même avantage pour l'application d'un bout de pied artificiel, qui, s'il peut être adapté avec avantage, péserait et prendrait ses points d'appui sur la partie inférieure de la jambe et sur tous les côtés de la portion restante du pied, moins l'extrémité antérieure; et que ce bout de pied mécanique logerait dans une cavité l'extrémité antérieure du moignon, qui s'y trouverait à l'abri et protégée contre les injures extérieures. Du reste, je crois qu'il serait indifférent que la cicatrice fut à l'extrémité antérieure du moignon, ou au-dessus.

Avant que l'on commence la section des ligamens de l'articulation de l'astragale avec le scaphoïde, il faut couper le tendon du muscle tibio-sus-tarsien (jambier antérieur), ce qui permet d'écarter un peu les surfaces articulaires; et dès qu'une partie des ligamens supérieurs est divisée, et même, s'il est possible, avant que la section en soit complète, il faut diriger le tranchant du bistouri un peu en avant, pour, en suivant la direction des surfaces articulaires, pénétrer de suite entr'elles;

autrement on pourrait chercher un moment l'articulation, le bistouri touchant ses ligamens supérieurs.

En abaissant la pointe du pied pour luxer un peu l'articulation ouverte supérieurement, il faut le faire avec précaution, parce qu'on est exposé à rompre l'attache des ligamens. La direction de la puissance avec laquelle agit l'opérateur pour abaisser la pointe du pied, est trop perpendiculaire à la direction du levier du premier genre que forme alors la partie antérieure de ce membre, pour que les ligamens ne s'arrachent point si l'on fait effort. J'ai vu cet accident produit par plusieurs chirurgiens; je l'ai aussi produit moi-même; mais je ne sais pas quelle en aura été la suite, ou si même il y en eût, parce que je n'ai pu revoir les blessés.

Les tendons du muscle tibio-phalangettien commun (long fléchisseur commun des orteils) se trouvent quelquefois encore réunis en un seul faisceau à nu, à la partie supérieure du lambeau inférieur. Il n'est pas toujours facile d'éviter de couper la partie musculaire appelée *la portion carrée de la plante du pied*, sur-tout quand la voûte que forme le tarse inférieurement est très-concave. J'ai une fois vu la séparation et la chûte de ces tendons retarder beaucoup la guérison et entraîner des accidens. S'ils se trouvaient à nu sur le lambeau inférieur, je ne balancerais point à les emporter.

J'ai vu à Cordoue un soldat à qui l'on avait fait l'amputation partielle du tarse, quoique paraissant bien guéri, il ne pouvait faire une demi-lieue sans éprouver des douleurs dans la cicatrice encore récente, dont la rougeur et la sensibilité devenaient plus inten-

ses lorsqu'il était obligé de prolonger davantage la marche pour se rendre à sa caserne. La cause en est facile à saisir : la direction du calcanéum pour former le talon est d'avant en arrière et de haut en bas, de sorte que c'était seulement sur l'extrémité du talon que portait d'abord le poids du corps lorsqu'il posait ce pied à terre; d'où résultait un mouvement de bascule qui, en relevant le talon, abaissait nécessairement l'extrémité antérieure du calcanéum, avec laquelle était entraînée la cicatrice qui y était adhérente. C'était le tiraillement de celle-ci qui faisait éprouver les douleurs dont je viens de parler. Un chirurgien militaire de mes amis, a observé quelque chose de semblable sur un sujet opéré depuis assez long-temps.

Depuis un certain nombre d'années, on a reçu à l'hôtel royal des Invalides de Paris, plus d'une vingtaine de militaires amputés dans le tarse. M. *Ribes*, à l'obligeance de qui je dois particulièrement les détails suivans, a vu tous ces militaires marcher pendant les 15 premiers mois ou les deux premières années après l'opération; puis des douleurs dans le lieu de la cicatrice être l'effet de la marche et l'accompagner immédiatement; l'inflammation et trop souvent un ulcère survenir, et dès ce moment, ces malheureux être condamnés à un repos et à des douleurs insupportables, jusqu'à ce qu'on leur eût fait l'amputation de la jambe; enfin, ceux mêmes chez qui la cicatrice ne s'était pas déchirée, ont sollicité cette dernière opération, et tous s'en sont bien trouvés. Il y a maintenant dans l'infirmerie du même hôtel des Invalides, un soldat qui y est

arrivé avec un ulcère à chaque extrémité antérieure de la portion restante du pied, après avoir été guéri d'une double amputation partielle du tarse : on lui a amputé les deux jambes, et ce même homme assure marcher avec moins de difficulté qu'auparavant, quoique ses moignons soient encore enveloppés d'un appareil, pour recouvrir les cicatrices à peine formées.

Parmi ces Invalides de l'hôtel de Paris, auxquels on a fait des amputations nécessitées, ou par des ulcères inguérissables, qui au bout d'un temps plus ou moins long, résultaient de la déchirure de la cicatrice, ou par des douleurs et les ennuis d'un repos qui leur faisait solliciter l'amputation de la jambe pour jouir des avantages qu'ils étaient réduits à envier à ceux qui avaient subi cette dernière opération, plusieurs furent amputés par *Sabatier*, dont le silence sur l'amputation partielle du pied qu'il connaissait bien, s'explique, parce qu'il voulait attendre que son opinion sur cette opération fut fixée.

Cette réserve de l'Auteur célèbre qui a été l'honneur de la chirurgie française, est ce qui doit le plus faire élever des doutes sur l'utilité d'une opération, dont les résultats ont paru jusqu'à présent si avantageux, et touchant laquelle un chirurgien bien connu, qui a été l'élève affectionné et distingué du grand maître que je viens de nommer, se propose de faire un mémoire où il développera des faits dont il a bien voulu me communiquer les résultats, et que je crains d'avoir trop fait pressentir.

J'ajouterai qu'à la bataille d'Eylau, M. le

professeur *Boyer* a pratiqué l'amputation dans le tarse sur M. *Deschamps*, capitaine, demeurant actuellement à St.-Germain-en-Laye. Cet ancien officier marche à l'aide d'une canne, et avec beaucoup plus de difficulté que s'il avait une jambe de bois : il dit ne pouvoir faire qu'environ deux lieues dans une journée et sur un terrain uni, où la progression qui est lente, est moins pénible pour lui. Il tourne fortement en dehors la jambe, dont une portion du pied a été retranchée, et il boîte beaucoup. Cet officier avait d'abord essayé de marcher au moyen d'une machine de fer, qui avait le grand inconvénient de ne pas s'opposer aux mouvemens de bascule de la portion restante du pied : il l'abandonna après l'avoir essayée, et il imagina de se faire adapter à la partie postérieure de la jambe, une espèce de gouttière en bois, s'étendant depuis la partie inférieure du talon jusqu'à la partie moyenne du mollet, et fixée, d'une manière très-ferme, par un bandage. Cette gouttière porte à sa partie inférieure, une pièce qui embrasse exactement les côtés supérieur et postérieur du talon, l'empêche par cette disposition, de remonter par le poids du corps dans la marche, et d'être entraîné par les muscles qui s'attachent au calcanéum. Je dois dire que M. *Deschamps*, qui n'a que très-peu marché depuis qu'il a subi l'amputation dans le tarse, n'a jamais éprouvé de douleurs à la cicatrice.

Enfin, les faits que je viens de rapporter ne portent-ils pas à croire que l'amputation, suivant la méthode de *Chopart*, préférable peut-être pour ceux qui, comme M. *Deschamps*, trouvent dans leur logement, dans leur for-

tune, dans leurs amis, dans leur famille et dans leur caractère, de quoi se dédommager du repos relatif auquel ils sont condamnés, est, en général, bien loin d'être préférable pour les soldats, dont le plus grand nombre a besoin de marcher après la guérison, et se trouve placé dans des circonstances tout-à-fait différentes ?

Malgré cet inconvénient, qui est trop souvent la suite de l'amputation dans le tarse, inconvénient que la seule expérience pouvait rendre bien manifeste, cette opération a plusieurs fois fait honneur à la chirurgie dans les dernières guerres, où elle a rendu, au moins pour un certain temps, des services d'autant plus remarquables, que ceux qui y ont été soumis croyaient, en général, sachant qu'on n'ampute point dans l'articulation du pied avec la jambe, devoir être amputés à cette dernière partie.

Ne pourrait-on pas quelquefois chez les hommes dont la cicatrise se déchire après qu'ils ont été guéris d'une amputation faite suivant la méthode de *Chopart*, afin de remédier à l'inconvenient résultant de la contraction des muscles qui forment le tendon d'Achille, faire la section de ce tendon ? Il me semble qu'il est des cas, comme ceux où un repos continuel est nécessaire, ou bien préféré par le malade, à l'amputation de la jambe, dans lesquels il vaudrait mieux faire disparaître la cause des douleurs, par une opération aussi simple que l'est celle dont je parle, mais que je ne propose pourtant qu'avec réserve.

Je vais maintenant rapporter des observations de retranchement d'une portion considérable du pied dans d'autres articulations que celles

de l'astragale et du calcanéum avec les scaphoïde et cuboïde.

Première Observation. — Un sergent russe, d'environ 40 ans, avait été pendant plusieurs mois dans les hôpitaux, pour une blessure dont il était guéri, et avait souffert pendant ce laps de temps toutes les rigueurs de la misère. Entassé avec 900 autres malades dans un hôpital très-resserré, espèce de cloaque où la mortalité était encore augmentée par le manque des choses les plus nécessaires, sa santé s'altéra, il devint très-maigre, s'affaiblit considérablement, et présenta les symptômes du scorbut.

Tel était son état général, lorsque je le vis à Ulm, pendant le printemps qui suivit la bataille d'Austerlitz. En outre, il offrait un sphacèle des trois premiers orteils du pied gauche. Une gangrène, de l'espèce de celles qu'on appelle sèches, s'étendait sur la face dorsale du pied, jusques sur les os cunéiformes, et commençaient en cet endroit et ailleurs à se séparer des parties vivantes, dont elles étaient bien distinctes dans toute la circonférence de l'escarre, tant par la couleur que par le cercle inflammatoire. Celui-ci formait une espèce de bande légèrement ondée qui passait au-dessus des second et troisième os du métatarse; de là il se portait obliquement dessous le pied, en dedans et en arrière, et se continuant d'une manière flexueuse dans la même direction au côté interne, il venait finir vis-à-vis de la séparation qui, comme je l'ai dit, se faisait sur les os cunéiformes.

Le malade, retiré de la salle où il était,

pour être placé dans une autre mieux aérée, fut nettoyé de la crasse qui couvrait son corps, mis dans un lit propre et changé de linge. Il se vit tout-à-coup délivré du grand nombre de poux qui le rongeaient, nourri d'alimens appropriés à son état, buvant en assez grande quantité du vin, dont l'effet sur lui était d'autant plus marqué et salutaire, qu'il en avait manqué jusqu'alors. Au bout de quatre jours, l'expression de la face était changée : au lieu de cet air d'abattement profond, de ce teint presque cadavéreux, les yeux étaient brillans, la figure s'animait, et pour la première fois, peut-être depuis cinq ou six mois, le sourire apparut sur ses lèvres.

Considérant que tôt ou tard il fallait nécessairement que le malade fut débarrassé des parties mortes, voyant que la séparation ne s'avançait pas, j'attendis encore pour que le malade fut plus en état de supporter l'opération que je me déterminai à pratiquer dans les os du tarse, de manière à conserver à cet infortuné la partie postérieure du pied.

La disposition anatomique des parties, les bornes et la séparation commencée du sphacèle qui devait frapper les os qui étaient au-dessous, mais s'arrêter au-delà par défaut de continuité, me parurent alors rendre applicable le précepte de ne retrancher que les parties malades, et me suggéra l'idée de n'enlever que les trois orteils sphacélés, les trois os métatarsiens correspondans, et les trois cunéiformes avec lesquels ils s'articulent.

Je me dispenserai de rapporter le procédé suivi dans cette amputation, pour le succès de laquelle la peau de dessous le pied me parut pou-

voir donner un lambeau suffisamment grand, sur-tout en ayant soin de ménager toute celle qui était sur le pied et à son côté externe. L'exécution de cette opération, dans laquelle je fus aidé par M. *David*, alors chirurgien sous-aide major, fut extrêmement difficile. Il n'y eut pas une seule artériole qui donnât du sang, le lambeau fut relevé par des bandelettes agglutinatives médiocrement serrées, et tendant également à rapprocher la peau du dos du pied; le pansement fut simple, et le tout maintenu par un bandage léger et approprié.

Six semaines et demie après l'opération, l'amputé ayant recouvré la santé, et la cicatrice étant formée, à l'exception d'un enfoncement qui se voyait à la réunion du scaphoïde et du cuboïde, il fut affecté d'une fièvre adynamique, à laquelle il succomba au bout de peu de jours, après avoir échappé à tant de causes délétères qui s'étaient réunies contre lui auparavant, et à une opération qui, sans danger pour un homme dont la santé n'a pas été altérée, peut faire craindre pour celui dont la vie avait été aussi fortement compromise.

Deuxième Observation. — A cette première observation, j'en joins une autre, tendant à prouver qu'il peut y avoir des cas, où, forcés de retrancher l'extrémité antérieure du pied, on peut conserver une plus grande portion de cet organe que celle qui est derrière l'articulation de l'astragale et du scaphoïde.

Un officier espagnol, monté sur un mur du village de l'Albuera, lors de la bataille du même nom, eut les quatre premiers orteils et la por-

tion interne du métatarse du pied gauche emportés par un boulet qui vint friser le mur sur lequel il se trouvait. Retiré chez lui, dans un bourg des environs, il y resta sans aucun soin de la part des chirurgiens. La suppuration s'établit sans accidens, l'orteil restant se détacha, et pendant plus d'un mois et demi il ne fut appliqué que de la charpie sur la plaie. Au bout de ce temps, le blessé vint à Cordoue, où je le vis.

L'ulcère, inégal dans sa surface, offrant des fongosités, n'avait point une mauvaise suppuration ; les deux derniers os métatarsiens, dénudés, mobiles, rompus, dépassaient le niveau des chairs fongueuses d'environ un pouce et demi. Ayant fait une incision au côté externe, et fait écarter légèrement les bords de l'ulcère, je fis sans peine l'extraction de ces os dans leur articulation avec le tarse ; je coupai en même temps les plus grosses fongosités et un prolongement de la peau de la plante du pied, qui, gonflé, rouge, extrêmement douloureux par la moindre pression ou le plus petit attouchement, dépassant d'environ un pouce le niveau des autres chairs, avait forcé le malade à venir chercher sa guérison à Cordoue. Une petite portion nécrosée du premier os métatarsien fut aussi extraite : le fond de l'ulcère était de bonne nature : on détruisit dans les premiers pansemens le reste des fongosités, et la cicatrice s'obtint promptement. Quinze mois après j'ai revu cet homme, qui s'était fait adapter avec beaucoup d'art, une extrémité artificielle à son pied, qui lui servait avec beaucoup plus de facilité que s'il n'avait conservé que le talon, comme dans l'amputation dans les

articulations de l'astragale et du calcanéum avec le scaphoïde et le cuboïde. Ce bout de pied artificiel s'appuyait sur la plante du pied, par un petit coussinet qui devait diminuer le mouvement de bascule qui aurait pu résulter du transport alternatif du poids du corps sur ce pied, lors de la marche.

Une amputation dans les articulations des trois premiers os cunéiformes avec le scaphoïde, mais dont la nature n'aurait point fait une grande partie des frais, serait extrêmement difficile à pratiquer. Rien sur le pied n'indique exactement l'articulation qu'il faudrait ouvrir : ce ne serait qu'en mesurant le pied, la distance qui doit séparer la saillie interne du scaphoïde, que le chirurgien pourrait reconnaître à-peu-près le lieu de cette articulation. En supposant que le sergent russe qui fait le sujet de ma première observation, n'ait pas succombé à une fièvre adynamique, quel est le degré d'utilité qu'il aurait retiré de la conservation des deux derniers os métatarsiens et des orteils correspondans? L'étroitesse de la partie antérieure du pied, l'étendue de la cicatrice, qui n'était point encore entièrement achevée, son irrégularité, et la difficulté de la marche après l'amputation dans le tarse, me portent à croire que ce malheureux aurait été loin de pouvoir se servir de son membre avec avantage.

Il n'en serait pas de même de l'amputation dans les articulations du tarse avec le métatarse : le manuel de celle-ci ne serait guères plus difficile à exécuter que celui de l'amputation dans les articulations du calcanéum et de l'astragale avec les cuboïde et scaphoïde ; le tubercule qui termine postérieurement le

cinquième os du métatarse, et qui donne attache au tendon du muscle grand péronéo-sus-métatarsien (moyen péronier), guiderait l'opérateur tout aussi sûrement que la saillie du scaphoïde pour l'amputation dans le tarse; on laisserait au malade une plus grande portion de membre, et d'autant plus utile ici, qu'elle serait plus longue, qu'elle serait formée par toute la longueur du pied, et donnerait attache à un muscle antagoniste de ceux du mollet (le tibio-sus-tarsien). Par cette opération, on conserverait environ la moitié postérieure du pied; le talon, loin d'en être presque la seule partie, comme après l'amputation, suivant le procédé de *Chopart*, n'en serait que la plus petite portion; la cicatrice étant obtenue, elle ne ferait pas éprouver les douleurs que nous avons observées être produites par les mouvemens de bascule du calcanéum, qui, après l'amputation dans le tarse, tiraillent souvent la cicatrice lors de la marche, ou bien, l'extrémité antérieure du pied étant plus basse, les mouvemens de bascule seraient moins étendus, et par conséquent les douleurs beaucoup moins intenses; enfin, comme chez l'officier espagnol, un bout de pied artificiel ou un coussinet, que la longueur du moignon permettrait de fixer avec plus ou moins de facilité, pourrait limiter encore davantage les mouvemens de bascule, s'il ne les empêchait tout-à-fait.

Je ne m'appuierai point sur ce qu'on rapporte avoir retranché le métatarse, pour proposer de substituer cette opération, sur le manuel et les avantages de laquelle, je crois, qu'on n'a encore rien dit, à l'amputation dans le

tarse, toutes les fois que l'état des parties le permet, c'est-à-dire, toutes les fois que les limites de la maladie permettraient de faire à la plante du pied un lambeau assez grand pour recouvrir facilement les surfaces articulaires, conjointement avec ce que l'on conserverait de tégumens à la partie supérieure du pied.

Je crois devoir faire remarquer, que très-probablement les premiers exemples, et même les seuls qu'on ait de l'opération que je propose, ont été donnés par un chirurgien militaire, M. *Larrey*, qui, (tom. 1, pag. 76 de ses Mémoires de Chirurgie militaire), annonce avoir fait, pour la première fois, l'amputation du pied entre le tarse et le métatarse en 1793. On regrette qu'aucun détail n'accompagne ce simple énoncé.

Quel est le chirurgien qui ne compterait pas sur la possibilité du succès d'une semblable opération? Seulement son manuel paraît d'abord hérissé des plus grandes difficultés; néanmoins fort de la connaissance anatomique du pied, on peut l'entreprendre, et on ne doit pas opposer aux avantages résultans d'une opération qui conserverait une plus grande portion du pied, et par conséquent un plus grand nombre de ses mouvemens et des usages plus étendus, un peu plus de longueur dans le procédé, sur-tout lorsque celui-ci ne peut pas être suivi de plus d'accidens que le premier.

J'ai vu à l'armée plusieurs cas qui nécessitaient l'amputation entre le tarse et le métatarse. S'ils se représentaient à ma pratique, au lieu de faire cette opération dans le tarse, et je crois avoir prouvé que son utilité est plus apparente que réelle, je retrancherais seulement le méta-

tarse ; opération pour laquelle il faudrait suivre à-peu-près le procédé suivant :

Circonscrire sur la face dorsale du pied, un lambeau un peu plus long vers le bord interne, à cause de l'épaisseur plus considérable du pied en cet endroit, en coupant la peau un peu en avant de la ligne des articulations à ouvrir, et dans la direction de cette ligne, qui est telle, que son extrémité interne est plus antérieure ; couper les tendons qui passent sur le pied ; puis faire l'incision latérale externe en passant sur le tubercule du cinquième os métatarsien, porter la pointe du bistouri sur l'extrémité de ce tubercule, couper le tendon du muscle grand péronéo-sus-métatarsien (moyen péronier) à son insertion ; ensuite, en tournant le tranchant de l'instrument autant en avant qu'en dedans, et en ayant l'attention de ne pas l'éloigner du tubercule dont je viens de parler, on pénétrerait facilement dans l'extrémité externe de la ligne des articulations du tarse avec le métatarse ; les articulations ainsi ouvertes, en coupant en dedans leurs ligamens supérieurs qui sont extrêmement serrés, temps de l'opération dans lequel on serait encore aidé en abaissant légèrement le côté externe de l'extrémité phalangienne du métatarse, l'on parviendrait aisément jusqu'au deuxième os métatarsien qui, pour l'ordinaire, s'enfonce un peu entre les premier et troisième cunéiformes. Cette disposition arrêterait nécessairement l'instrument. On chercherait d'abord au niveau de la division des articulations, celle du deuxième os métatarsien avec le deuxième cunéiforme : une fois bien assuré que le premier

de ces os se prolonge davantage en arrière que les autres, on glisserait avec beaucoup de précaution, et en ne coupant que peu-à-peu, la pointe du bistouri entre celui-ci et le troisième cunéiforme, afin de ne point dépasser l'articulation à ouvrir ; puis on diviserait les ligamens supérieurs de cette articulation, en suivant exactement le contour, sujet à varier, de la surface articulaire de l'extrémité postérieure du deuxième os du métatarsien, et on arriverait sur le premier cunéiforme, qui se porte constamment plus en avant que les autres. Ensuite en portant le bistouri en avant dans le premier espace inter-metatarsien, on prolongerait plus ou moins loin l'incision, et on écarterait un peu l'un de l'autre les deux premiers os du métatarse, afin de découvrir avec plus de facilité l'articulation du premier os métatarsien avec le premier cunéiforme, et on terminerait la section des ligamens supérieurs par celle de ceux de cette dernière articulation. Après il serait aisé d'abaisser la pointe du pied, de couper les ligamens inférieurs en finissant par ceux qui unissent le deuxième os du métatarse avec le deuxième cunéiforme ; de tailler le lambeau inférieur, et d'appliquer au reste de l'opération et à ses suites, les principes que l'on a donnés, et tout ce qui a été dit de l'amputation dans le tarse.

Je m'empresse de répondre d'avance à l'objection que l'on ne manquera pas de me faire, touchant la longueur du manuel opératoire, et la difficulté de conduire la pointe du bistouri autour de l'extrémité tarsienne du deuxième os du métatarse, en faisant remarquer que la peau du conde-pied étant retirée ou relevée,

le bistouri ne coupe que des ligamens insensibles, et que l'absence des douleurs dans ce temps de l'opération, est ce qui permettrait qu'on le fît durer sans inconvénient autant qu'il serait besoin. C'est à cause de la douleur qui accompagne ordinairement toute la durée d'une opération chirurgicale, qu'on a donné la règle renfermée dans ce seul mot *citò;* mais le précepte cesse d'être utile dès que son exécution ou sa non-exécution est sans différence pour le malade.

L'avantage de l'amputation que je propose, me paraît dépendre plus particulièrement, 1.° de la plus grande longueur de la portion du pied qui est en avant de son articulation avec la jambe, et de sa plus grande largeur, ce qui doit mieux assurer la marche et prévenir plus aisément les chûtes en avant, sens dans lequel le poids du corps porte la ligne de gravité; 2.° de la facilité qu'on aurait, en appliquant un bout de pied artificiel qui rétablirait toute l'étendue de la base de sustentation, et toute la longueur de la colonne que forme le membre inférieur, de s'opposer en même temps aux mouvemens de bascule du calcanéum, qui sont ce qui prive l'amputation dans le tarse, de l'utilité exagérée par une spéculation séduisante, mais malheureusement le plus souvent démentie par l'expérience.

BRESCHET, *Secrétaire.*

De l'Imprimerie de MIGNERET, Imprimeur du Journal de Médecine, rue du Dragon, F. S. G., N.° 20.

BULLETIN

DE

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

N.° III. — MARS 1815.

OBSERVATIONS

SUR LES FONCTIONS DU CERVEAU;

Par *Sir* Everard Home, membre de la Société Royale de Londres. — Lues à cette Société le 26 mai 1814.

Traduites des Transactions Philosophiques, par M. Magendie, *secrétaire particulier de la Société.*

Les différentes tentatives qu'on a faites pour se procurer des connaissances exactes sur les fonctions des régions particulières du cerveau de l'homme, ayant jusqu'ici eu peu de succès, j'ai pensé que si les chirurgiens rassemblaient tous les phénomènes qu'ils ont eu occasion d'observer, dans les cas de lésion de cet organe, et les effets produits sur ses fonctions par ces lésions, on pourrait réunir ainsi un corps de faits qui contribuerait beaucoup aux progrès de cette importante recherche.

J'ai rassemblé dans ces vues les observations suivantes, que m'a fourni ma carrière médicale, les présentant comme autant d'expérien-

ces faites sur le cerveau, avec des déductions qui tendent à éclairer ce travail, et renvoyant à des notes pour les détails.

Les matériaux que peut fournir un seul individu, sont nécessairement en très-petit nombre; ils peuvent cependant suffire pour montrer l'avantage qu'on peut tirer de ce mode de recherche, et servir ainsi à lier plus étroitement encore l'étude de l'anatomie avec celle de la philosophie.

SECTION PREMIÈRE.

Symptômes résultans de la compression du cerveau par l'effet d'un épanchement séreux.

Avant d'entrer dans des détails sur les effets de la compression au moyen d'un fluide séreux, il est à propos de faire observer qu'une pression quelconque faite subitement sur le cerveau, prive l'individu de toute sensibilité, soit que cette pression se fasse à la surface externe de cet organe par l'intermédiaire de la dure-mère (1), ou à la surface interne par l'intermédiaire des ventricules (2), et que la sensibilité revient dès que cette compression (3) a cessé.

---

(1) Après l'opération du trépan, avant que le crâne ne soit ossifié dans la partie opérée, une pression exercée par le doigt sur le cerveau produit l'insensibilité.

(2) J'ai été témoin de ce fait dans des cas de *spina-bifida* : en comprimant la tumeur sur le dos, j'ai fait remonter le liquide dans les ventricules.

(3) Au moment ou une masse de sang coagulé de

La cessation subite de la compression à laquelle le cerveau a été accoutumé, produit un sentiment de défaillance.

Je suis tenté de croire qu'un certain degré de pression uniforme est nécessaire à l'exercice concernant les fonctions du cerveau, et que toute augmentation ou diminution de cette pression les suspend. On a dit, qu'outre cette pression, le mouvement pulsatoire du sang artériel du cerveau y est nécessaire; mais le frère de *Jean Hunter*, dont l'exactitude en pareille matière ne peut être mise en doute, conserva ses facultés, quoique le cœur parut avoir cessé de battre (1).

Quoique l'insensibilité soit l'effet ordinaire de la pression extraordinaire du cerveau, il paraît, d'après ce qui sera exposé, que ce n'est pas une suite nécessaire de pression extraordinaire du cervelet.

Les faits qu'on a exposés, semblent indiquer l'usage du fluide séreux contenu dans les ventricules du cerveau; ils expliquent aussi les grandes variétés de forme et de dimension que présentent les cornes postérieures des ventricules latéraux, dont la grandeur dépend de la quantité de fluide nécessaire pour maintenir la pression convenable.

---

l'épaisseur d'un demi-pouce, fut retirée d'entre le crâne et la dure-mère, le pouls cessa presque de battre; mais revenu de cet instant de faiblesse, l'individu se trouva parfaitement.

(1) *Voyez* la Vie de *Jean Hunter*, à la tête de son ouvrage sur le sang, l'inflammation et les plaies d'armes à feu. Ce passage est transcrit de ses propres notes.

Il semblerait que la grandeur des ventricules est une chose indifférente, puisque quand elle est augmentée au point que ces cavités contiennent jusqu'à 6 pintes de liquide et au-delà, les fonctions du cerveau ne laissent pas de continuer, ainsi que l'accroissement de l'individu; mais une fois que l'ossification est complète, un surcroît de deux ou trois onces de liquide suffit pour produire l'insensibilité.

Que les ventricules soient susceptibles d'une si grande extension, sans que les facultés du cerveau soient anéanties, est un fait fort curieux, et d'une telle importance pour la physiologie de cet organe, que je vais rapporter avec détail les deux observations suivantes, qui s'éclairent mutuellement.

Dans l'une, l'accumulation du liquide se porta, à ce qu'il paraît, aussi loin qu'elle pût aller, sans altérer sensiblement l'organe; elle s'arrêta arrivée à ce point, et le sujet grandit, en conservant toutes ses facultés; dans l'autre, l'accumulation du fluide continua, la substance du cerveau fut absorbée, et les facultés de l'organe furent détruites.

La tête d'un enfant d'un mois augmenta de volume avec une rapidité qui annonça une accumulation de fluide séreux dans le cerveau. A cinq mois, la tête était si volumineuse, que les parens, jugeant de mémoire, pensent qu'elle n'a jamais augmenté depuis. Sa transparence était telle, que les rayons du soleil la traversaient comme ils traversent une lanterne de corne. L'enfant ne pouvait marcher. A cet âge il eut la petite vérole par la voie naturelle, et si violemment, qu'il sembla devoir y succomber. A son rétablissement, la

tête ne montra point de disposition à augmenter ; l'état de l'enfant commença à s'améliorer sous tous les rapports, et pour la première fois, il apprit à marcher. A 14 ans, le crâne parut complètement ossifié ; à 19, époque de sa vie où je l'ai vu, l'individu avait cinq pieds 6 pouces de taille ; sa tête offrait une circonférence de 38 pouces et demi. Il avait grandi environ de deux pouces dans la dernière année, accroissement plus considérable que celui d'aucune des années précédentes.

Les organes des sens chez cet individu sont tous dans une intégrité parfaite. Les alimens de haut goût lui sont agréables, mais il en use avec modération. Sa vue est bonne, mais lorsqu'elle se fixe sur les objets pendant plus d'une demi-heure, ses yeux se fatiguent ; sa tête est si pesante, que les muscles du cou ne peuvent la soutenir plusieurs heures de suite : quand il se couche, il faut que quelqu'un la soutienne.

Le coucher lui est plus facile du côté droit. Le côté gauche de la tête paraît plus grand que le côté opposé. En se couchant, il éprouve momentanément, dit-il, un sentiment de chaleur *vibratoire* à la partie supérieure du cerveau, dans la direction du sinus longitudinal. Le coucher sur le dos lui fatigue les yeux au point qu'il ne peut garder cette position ; de se courber en avant, lui cause un sentiment d'oppression sur les yeux. La main lui tremble pour peu qu'il y tienne un corps même très-léger, tel qu'une tasse à café. Tout bruit subit lui imprime une sorte de secousse à la tête et lui cause le vertige. S'il lui arrive de tomber, la secousse lui fait perdre connaissance.

Cet état lui dure pendant un quart-d'heure, sans avoir de suites fâcheuses. Exposé à la chaleur, il éprouve le mal de tête. Il n'a pas eu de maladie depuis sa petite vérole. Son sommeil se trouble facilement : il ne rêve jamais. Il se plaît à lire et à écrire, a du goût pour la poésie ; il sait réciter des vers. Il a bonne mémoire de choses ordinaires. Il paraît sans passions, et n'a jamais manifesté de dispositions pour les femmes. Il est d'un caractère doux ; lorsqu'il est irrité, tout son corps est en mouvement ; mais cet état disparaît promptement.

Dans un autre sujet, le développement de volume de la tête se manifesta à l'âge de trois mois, et continua pendant trois ans. Il parut alors cesser, et l'enfant eut l'usage de ses sens jusqu'à cette époque. La partie supérieure du crâne commença depuis ce moment à s'ossifier, et au bout de trois ans, il ne manquait à l'ossification complète qu'un espace irrégulier entre les fontanelles, et un petit espace entre les deux portions de l'os frontal. L'enfant, après avoir conservé l'usage de ses facultés jusqu'à l'âge de trois ans, les perdit peu-à-peu, et n'avait point la conscience de ce qu'il faisait ; il percevait des sons, mais il ne pouvait voir : à six ans il mourut.

Cet enfant avait trois pieds trois pouces, le crâne offrait 27 pouces de circonférence. Le troisième ventricule et les deux latéraux contenaient six pintes de liquide. Le cerveau formait une enveloppe mince de substance médullaire autour de cette cavité. Le cervelet était intact (1).

(1) La tunique interne des ventricules latéraux était

Le cerveau entier pesait 2 livres 3 onces 1 gros.

Le poids du cerveau entier d'un enfant de 6 à 7 ans est de 2 livres douze onces.

---

très-consistante ; le *septum-lucidum* était prolongé, de manière que le corps calleux se trouvait soulevé jusqu'au crâne, la faux de la dure-mère était presque effacée. Le fluide contenu dans le troisième ventricule avait séparé en deux la voûte et le *septum-lucidum*, et les membranes minces du *septum-lucidum* étaient perforées de plusieurs trous qui établissaient des communications entre le troisième ventricule et les deux latéraux. La substance du cerveau qui environnait ces cavités, ainsi que la pie-mère qui la recouvre, n'avaient point de circonvolutions ; elles ne présentaient qu'une surface unie. Du côté droit, sur lequel l'enfant couchait habituellement, il n'y avait aucun reste de substance médullaire ou corticale, et dans cette partie il y avait adhérence entre la pie-mère et la dure-mère. On ne voyait aucun reste de cerveau entre le troisième ventricule et la selle turcique. Sur la face externe de l'hémisphère gauche, les substances médullaire et corticale n'avaient qu'un demi-pouce d'épaisseur. Les corps striés et les couches des nerfs optiques étaient petits et très-consistans. Les couches optiques à leur réunion étaient prolongées en forme de ligament large et plat. Les deux commissures et l'*iter ad infundibulum*, avaient leur aspect naturel. La glande pituitaire s'était applatie. Le quatrième ventricule, le tubercule annulaire et le cervelet, n'étaient point altérés. Les nerfs olfactifs étaient durs et petits. Les nerfs optiques n'avaient pas de pulpe médullaire : les autres nerfs qui sortent du cerveau étaient sans altération.

Les faits précédens démontrent d'une manière satisfaisante que le cerveau est formé de circonvolutions minces de substances médullaire et corticale enveloppant les deux ventricules latéraux ; que ces circonvolutions se déploient à mesure que les cavités de ces ventricules augmentent, et que dans cet état de déploiement, les fonctions dépendantes de cette portion de l'organe peuvent très-bien s'exercer.

Quoique le fluide séreux puisse s'accumuler à ce point sans altérer sensiblement les fonctions du cerveau tant que le crâne n'est pas ossifié, on a l'expérience que l'ossification une fois achevée, l'épanchement de quelques onces seulement dans les ventricules latéraux, suffit pour produire une compression qui a pour symptômes : céphalalgie, anxiété générale, sensation d'un volume de la tête, abattement, convulsions, perte de la mémoire pour les choses récentes, idiotisme, insensibilité et mort (1).

---

(1) La présence d'une once et demie de fluide séreux dans les ventricules latéraux, à l'âge de quatre ans et demi, s'accompagnait de sentiment, de douleur à la tête, et d'irritabilité vive et générale. Celle de cinq onces, à sept ans, d'insensibilité pendant quatorze jours avant la mort. Celle de deux onces et demie, à neuf ans, causa des maux de tête intenses, avec répugnance au mouvement, et un état de stupeur. L'accumulation de trois onces, à l'âge de onze ans, était accompagnée de la perte de mémoire pour les choses récentes. Ce dernier symptôme commença à l'âge de 10 ans. Il y eut stupeur pendant les douze jours qui précédèrent la mort. La présence de quatre onces, dans la onzième année, produisit la sensa-

Lorsque le fluide, au lieu d'être contenu dans les cavités générales des ventricules latéraux, est borné principalement aux cornes antérieures et postérieures, les effets observés quelquefois sont, une constipation de temps à autre, des coliques et des douleurs dans les parties inférieures du bas-ventre (1). Lorsqu'il est accumulé uniquement dans le troisième ventricule, une céphalalgie intense, la privation de la parole et l'insensibilité ont été remarquées (2). Dans le cas d'accumulation du liquide dans les ventricules du cerveau, ainsi que sous le tubercule annulaire, on a observé un sentiment de douleur à l'es-

---

tion d'avoir la tête trop volumineuse; la privation de la parole; l'insensibilité et des convulsions. La présence de huit onces, à l'âge de 74 ans, fut suivie d'un état d'idiotisme qui, au bout de dix jours, se termina par la mort.

(1) L'accumulation de cinq onces de fluides séreux dans quatre petites cellules, dont deux étaient situées dans les cornes antérieures, et deux dans les postérieures des ventricules latéraux, chez un enfant de six ans, fut la seule cause apparente de douleur dans la partie inférieure du ventre, de constipation de temps à autre, et de violentes coliques.

(2) La présence de deux onces de fluide séreux dans le troisième ventricule, qui avait été aggrandi par un effet de la séparation des lames du *septum-lucidum*, à l'âge de 30 ans, parut la cause de douleur insupportable à la tête, de la privation de la parole, et de l'insensibilité Celle de deux gros de fluide séreux dans le troisième ventricule d'un vieux chien, fut accompagnée pendant quatre ans d'accès simulant l'apoplexie, de douleurs à la tête que l'opium soulageait, de convulsions et de la mort.

tomac, aux intestins, au bas-ventre et au travers des jambes (1). Lorsque le fluide est accumulé, non-seulement dans les ventricules, mais encore entre l'arachnoïde et la pie-mère, au-dessus des hémisphères, et en même temps sur les tubercules quadrijumeaux, cet état a été accompagné dans un seul cas d'abattement, de douleur à la partie postérieure de la tête et de manie (2). Lorsque l'épanchement existe à-la-fois dans les ventricules, entre l'arachnoïde et la pie-mère, et entre cette dernière et la dure-mère, on a vu survenir la mélancolie,

---

(1) La présence de deux onces de fluide séreux dans les ventricules latéraux, d'une once et demie sous le tubercule annulaire, entre l'arachnoïde et la pie-mère, à l'âge de cinq ans, fut suivie de douleurs dans le bas-ventre, dans l'estomac, et dans le canal intestinal. Celle de deux onces dans les ventricules, et d'une sous le tubercule annulaire, à l'âge de trois ans, parut cause de douleur, non-seulement dans le bas-ventre, l'estomac et le conduit intestinal, mais aussi dans la tête et à travers les jambes, comme si on les coupait avec un instrument tranchant.

(2) La présence de fluide séreux, dans le troisième ventricule, en quantité suffisante pour séparer et maintenir éloignées les couches des nerfs optiques, ainsi qu'entre l'arachnoïde et la pie-mère, sur les hémisphères et sous les tubercules quadrijumeaux, dans un adulte, fut accompagnée de douleur à la partie postérieure de la tête, d'abattement, et de gaîté extrême après l'usage du vin. Ces symptômes furent suivis de manie, qui, au bout de trois mois, se termina par la mort.

l'imbécillité, l'apoplexie et la paralysie d'un côté (1). L'accumulation de sérosité dans les ventricules, accompagnée de dilatation dans le systême vasculaire de la dure-mère, a été suivi d'affections vives dans la région précordiale pendant la nuit, d'affections qui ont conduit au suicide (2). Dans le cas de fluide amassé en quantité considérable entre la dure-mère et la pie-mère, il y a eu mélancolie et idiotisme. (3)

---

(1) La présence de deux onces de fluide dans les ventricules latéraux, d'une once entre la dure-mère et la pie-mère, et d'une grande quantité entre l'arachnoïde et la pie-mère (ces dépôts de liquide s'étant formés à la suite d'inflammations réitérées des ménynges), fut accompagnée de plusieurs accès d'apoplexie, dont le dernier fut suivi de la paralysie et de la mort.

(2) La présence de deux onces de fluide dans les ventricules latéraux chez un adulte, et la dilatation extrême des vaisseaux de la dure-mère fut suivie de ces effets.

(3) Un homme tomba de cheval. Depuis ce moment il eut des maux de tête, passa peu-à-peu à la mélancolie et à l'imbécillité. Il resta trois ans dans cet état. On lui trouva quatre onces de liquide séreux, entre la dure-mère et la pie-mère du côté droit. On trouva aussi une exostose au pariétal, de l'étendue d'un huitième de pouce, et terminée en une pointe, qui se trouvait en contact avec cette portion de la dure-mère sous laquelle le fluide était épanché. Il y avait en outre quatre onces de liquide dans les ventricules latéraux. Les cornes postérieures étaient très-petites, et l'on en rencontra encore trois onces à la base du crâne.

SECTION II.

Effets produits par la commotion du cerveau.

La commotion du cerveau produit le délire et le coma : les symptômes disparaissent, puis reviennent quelquefois au bout de quelques jours, et sont funestes (1).

Dans l'état de stupeur qui accompagne le plus souvent toute forte commotion du cerveau, les sens sont tellement troublés, qu'il est difficile d'obtenir quelques connaissances des effets produits sur les organes internes. On a vu que, dans ces circonstances, les médicamens apéritifs exerçaient difficilement quelque action (2).

SECTION III.

Effets produits par la dilatation ou par un état maladif des vaisseaux sanguins du cerveau.

La dilatation subite des vaisseaux sanguins du cerveau, à la suite d'exposition au soleil,

---

(1) Je connais deux exemples de ce fait, sans qu'on ait trouvé aucune trace d'altération de structure dans le cerveau après la mort.

(2) Un homme tomba de cheval, et éprouva une commotion du cerveau. Il fallut soixante grains de jalap et vingt de calomel, pour provoquer, dans cet état, une évacuation intestinale.

s'accompagne quelquefois de délire, de privation de la faculté de parler et d'avaler (1).

La dilatation des veines du cerveau a été suivie de maux de tête, rendus fort intenses par la position horizontale du corps (2).

Dans un cas de dilatation des petites artères du cerveau, tandis que celles du cervelet étaient restées dans leur état ordinaire, il y a eu délire, suivi de phénomènes analogues aux accès d'apoplexie, et d'affection paralytique d'un côté (3).

---

(1) Dans un cas de coup de soleil aux Antilles, ces symptômes eurent lieu, et l'individu mourut au bout de deux heures. On examina le cerveau quatre heures après la mort. Le péricrâne était chaud et gorgé de sang. Le cerveau conservait de la chaleur au toucher; et la dilatation générale des vaisseaux sanguins de la pie-mère fut la seule chose remarquable, si ce n'est que la substance du cerveau était d'une flaccidité extrême.

(2) Une jeune personne avait beaucoup souffert de maux de tête, lesquels, s'il lui arrivait de coucher sans oreiller, étaient assez intenses pour lui causer quelquefois le délire : on trouva après sa mort, que les veines des substances médullaire et corticale étaient extrêmement dilatées.

(3) Un homme âgé de soixante ans, eut par suite d'une affection morale, un accès d'apoplexie qui dura quelques heures, lui laissant une affection paralytique. Au bout de sept jours, par l'emploi de l'électricité, il reprit l'usage de ses membres paralysés. Quatre mois après, sous l'influence de vives inquiétudes d'esprit, il eut le délire, fut paralysé d'un côté du corps, et mourut

L'obstacle au cours du sang dans l'artère carotide interne du côté droit, a été accompagnée d'une suite de légers accès d'apoplexie, sans affection paralytique (1).

Des attaques de manie, sans que l'individu eût la conscience de son état, ont reconnu pour toute cause, une dilatation anévrismale des deux artères carotides internes, qui avaient acquis le volume de petites billes dans les sinus caverneux (2).

Section IV.

Effets produits par du sang extravasé.

Le sang épanché dans le troisième ventricule et dans les deux latéraux, causa des vomis-

---

dans cet état. A l'examen du cadavre, on ne trouva d'autres apparences que celles dont il est fait mention.

(1) Un officier éprouva une suite d'accès d'apoplexie, à des intervalles d'un, deux et trois mois; le premier accès dura six jours, le second quelques heures, le troisième et le quatrième furent plus courts; le dernier se termina par la mort. A l'examen du cerveau, on trouva l'artère carotide interne remplie d'une masse de sang coagulé qui s'étendait un peu dans les branches voisines.

(2) Une femme d'un caractère inégal, et ayant parfois la vision double, eut une attaque de vertige et de manie; les yeux étaient rouges, les mains engourdies, et la mort s'ensuivit. En examinant le cerveau, on y trouva des anévrismes; les nerfs optiques avaient sensiblement diminués de volume.

semens réitérés et le coma (1). Epanché dans le quatrième ventricule, il produisit un état convulsif qui, au bout de vingt-quatre heures, se termina par la mort (2). Répandu sous les lobes antérieurs du cerveau, il causa le hoquet et la stupeur (3). Sous le cervelet, il détermina des convulsions du cou et du corps avec tractions des pieds en haut, sans stupeur (4). Dans les plis de la pie-mère recouvrant un des hémisphères, il y eut une affection paralytique du côté opposé, sans aucun autre symptôme (5).

L'extravasation du sang dans les plis de la pie-mère, et de sérum dans les cornes des deux ventricules latéraux, a été suivi de vertige, de paralysie, de vision inexacte; (les objets dont la direction est droite, paraissaient l'avoir courbe), de la perte de la mémoire, et enfin d'idiotisme (6).

(1) Sur le sujet de cette observation, on trouva une masse de sang coagulé de la grosseur d'une sangsue ordinaire, couchée sur les plexus choroïdes de chaque ventricule latéral, et en outre deux onces de sérum.

(2) On trouva une demi-once de sang dans le quatrième ventricule.

(3) Il y avait trois onces de sang coagulé à la base du crâne, sous les lobes antérieurs.

(4) On rencontra du sang coagulé sous le cervelet.

(5) L'extravasation était en petite quantité.

(6) Un individu âgé de 69 ans, eut une affection paralytique dont il se rétablit; cela fut suivi de vertige; les lignes droites lui paraissaient courbes. Il eut une rechûte qui se termina par l'idiotisme : cet état dura dix-huit mois, au bout desquels il mourut. Il paraît qu'il s'était fait deux extravasations distinctes de sang dans la pie-mère, et qu'il y avait eu communication avec les

Ce liquide extravasé dans la couche des nerfs optiques du côté droit, et répandu dans les ventricules latéraux, produisit d'abord la paralysie du côté gauche du corps; il a de plus occasionné les symptômes suivans : occlusion des paupières, traction de la bouche d'un côté, perception de la lumière par l'œil droit, mais non par le gauche; ces symptômes ont été suivis de coma (1). L'extravasation du sang entre cette portion de la dure-mère, qui recouvre l'hémisphère droit et le crâne, a été suivie de stupeur; symptôme qui a disparu dès qu'on a fait cesser sa cause : mais l'absence de la pression a produit quelques momens de défaillance (2).

L'épanchement de lymphe coagulable sur le lieu de la réunion des nerfs optiques, sur la glande pinéale et sur le tubercule annulaire, a été accompagné de contraction permanente des muscles entre l'occiput et les vertèbres du cou, de dilatation des pupilles, et d'une surdité très-intense (3). Celui du sérum sous le cervelet a

---

cornes des ventricules latéraux dans lesquels s'étaient déposées six onces de sérum.

(1) On trouva une once de sérum dans la substance de la couche du nerf optique du côté droit, s'étendant dans le ventricule droit latéral; le ventricule gauche latéral était rempli de sérum.

(2) La masse coagulée était épaisse d'environ un demi-pouce.

(3) Il y avait une couche de lymphe coagulable, s'étendant par-dessus la selle turcique vers les parties désignées.

été suivi d'anxiété, de convulsions, de loquacité avec incohérence d'idées, et parfois d'insensibilité à la lumière (1).

SECTION V.

Effets produits par la formation du pus.

La présence de pus dans les cornes du ventricule droit latéral, s'accompagna de délire et de convulsions; sous le tubercule annulaire, de vomissement et de délire; sous la dure-mère recouvrant l'hémisphère droit, de délire suivi de coma; sous l'os pariétal gauche, d'insomnie, de vomissement, d'irrégularité du pouls, de sueurs gluantes, et de loquacité. Ces symptômes se dissipèrent dès qu'on en eût fait cesser la cause : elle consistait dans environ une cuillerée à café de ce liquide.

SECTION VI.

Effets résultans de l'enfoncement et de l'épaississement de différentes portions du crâne.

Une pression extraordinaire exercée par le crâne sur le lobe moyen du cerveau, a produit un sentiment de douleur dans l'estomac, une torpeur du tube intestinal, des nausées, des douleurs entre les épaules et aux pieds (2).

(1) La quantité était de deux onces.

(2) La pression se continuait au moyen d'une tumeur osseuse de la forme d'un hémisphère, et de l'épaisseur d'un pouce; la surface la plus large s'appliquait sur le pariétal.

Sur la partie supérieure de l'hémisphère, insomnie, céphalalgie et stupeur. Il y a eu cessation de ces effets dès qu'on en a détruit la cause (1). Sur les deux lobes antérieurs du cerveau, il en est résulté pesanteur, perte de mémoire, abattement et état voisin de l'idiotisme (2). Sur les lobes antérieurs du cerveau, accompagné d'épanchement de fluide séreux entre l'arachnoïde et la pie-mère recouvrant la partie supérieure des hémisphères, accès d'apoplexie, pesanteur, perte de mémoire, et un second accès d'apoplexie, terminé par la mort (3).

Sur la partie inférieure et latérale du lobe gauche postérieur du cerveau, sentiment d'inquiétude à la peau de la joue gauche, se prolongeant le long du menton, de la gorge et de la trachée-artère; sifflement dans les oreilles, impuissance d'articuler les paroles que l'individu voulait proférer, tout en en articulant d'autres à leur place, et quoiqu'ayant la conscience de cette faute, incapable d'y remédier. Engourdissement dans les bras et dans les jambes (1). Ces symptômes disparurent dès

---

(1) Il y avait enfoncement de la table interne du pariétal gauche, près de la suture sagittale. L'enfoncement était d'environ le huitième d'un pouce.

(2) L'os frontal s'était épaissi considérablement. L'individu avait habité l'Inde pendant plusieurs années.

(3) Il y avait épaississement de l'os frontal, accompagné de petites exostoses de la grosseur d'un pois, à la surface interne. Le lobe antérieur du cerveau était aplati, et l'arachnoïde était chargée de fluide séreux.

(4) Un homme se fractura le crâne, et resta pen-

qu'on eut fait cesser la compression sur les lobes antérieurs du cerveau. Une compression exercée antérieurement et latéralement, par un épaississement de la pie-mère, causa des spasmes dans les extrémités inférieures et une perte entière de la mémoire; de façon que l'individu ne pouvait se rappeler ce qu'il avait fait à quelques heures de distance, se portant bien cependant à d'autres égards (1). Une pression sur les portions inférieures et latérales des lobes antérieurs et moyens du cerveau, produi-

---

dant quinze minutes dans un état d'insensibilité : il reprit connaissance, mais ne put parler pendant sept jours; pendant vingt-huit, il ne put parler distinctement, et employait un mot pour un autre. Au bout de six semaines, on le jugea rétabli, quoiqu'il lui restât un enfoncement de la partie postérieure et inférieure de l'os pariétal gauche, enfoncement qui avait deux pouces et demi de longueur, un et demi de largeur, et trois-quarts de pouce de profondeur. On y remédia au bout de trois ans, le retour des symptômes ayant rendu l'opération nécessaire; ces symptômes disparurent alors complètement.

(2) L'os frontal et les os pariétaux avaient un tier de pouce d'épaisseur. Il y avait dans la faux de la dure-mère, près du *crista-galli*, une ossification d'un pouce et demi de longueur, l'apophyse d'un demi-pouce de largeur, et de trois-quarts de pouce d'épaisseur. L'arachnoïde et la pie-mère étaient plus épaisses que la dure-mère. Les *processus* de la pie-mère étaient consistans; les petites artères de la substance médullaire chariaient du sang rouge. Il y avait deux onces de fluide séreux dans les ventricules. L'individu avait passé trente-cinq ans dans l'Inde.

sit des maux de tête, un dépérissement général, une action irrégulière du tube intestinal, un sentiment de ne pouvoir avaler, et une affection pénible dans l'acte de la déglutition, accompagnée d'un état général d'irritabilité très-grande (1).

SECTION VII.

Effets de la compression par les tumeurs.

Une hydatide implantée dans la substance de l'hémisphère droit, a été accompagnée de céphalalgies intenses, et par fois de phénomènes tenant de l'apoplexie (2).

Une tumeur dans la substance du lobe postérieur du cerveau, fut suivie de dérangement dans les fonctions de l'estomac et du canal intestinal, de vision double et subséquemment de la perte de la vue (3). Une tumeur com-

---

(1) A la base du crâne étaient de petites exostoses membraneuses, sur-tout à la partie inférieure des os pariétaux; quelques-unes plus longues que les autres, se terminaient en pointe. La plus longue avait le tiers d'un pouce.

(2) Elle avait le volume d'une orange, et de fortes tuniques contenant environ quatre onces d'un fluide transparent. Les côtés des ventricules latéraux étaient pressés fortement l'un contre l'autre.

(3) Cette tumeur, située au-dessus de la tente, était du genre stéatomateux : elle avait le volume d'un œuf de dinde, de façon qu'elle soulevait la partie postérieure du ventricule latéral : jusqu'au moment de la mort, la maladie fut prise pour une affection vermineuse.

primant l'hémisphère gauche, eut pour effets, une mélancolie fixe, un assoupissement après les repas; ces symptômes disparaissaient par l'exposition du malade au grand air, mais ils se manifestaient de nouveau dès qu'il revenait à table (1). Une tumeur dans le quatrième ventricule fut cause d'accès d'épilepsie, de mal de gorge et d'une douleur vive dans l'acte de la déglutition (2). Une tumeur dans le tubercule annulaire avec épanchement séreux dans les ventricules, produisit douleur à la tête, chûte en marchant, traction de la bouche d'un côté, perte de la vue d'un œil, quoique les pupilles ne fussent pas affectées; dureté de l'ouïe, difficulté d'avaler au point de mourir de faim, bien que les facultés de l'esprit fussent demeurées intactes (3).

---

(1) La tumeur était molle, de la grosseur d'une petite noix, fixée au côté gauche de la faux de la dure-mère, un peu au-dessus de la tente, s'appuyant sur l'hémisphère gauche du cerveau.

(2) La tumeur était molle et stéatomateuse, du volume d'une grosse noix; mais elle avait pris la forme du ventricule.

(3) Cette tumeur avait le volume d'une grosse noix, et se composait d'une matière analogue à la graisse : on trouva quatre onces de fluide dans les ventricules; l'arachnoïde était singulièrement sèche.

SECTION VIII.

Effets de la lésion de la substance du cerveau.

Une plaie profonde, faite dans le lobe antérieur droit du cerveau, accompagnée d'inflammation et de suppuration, ne produisit aucune sensation. Les facultés du cerveau demeurèrent intactes, sans que l'individu eut la conscience de cette blessure (1).

Une excroissance du cerveau, en forme de fongus, à la suite de lésion de la dure-mère, ne produisit aucun effet sur le systême nerveux, ne fut accompagnée d'aucune sensation particulière (2); mais l'inflammation de la pie-mère causa de vives douleurs.

La perte d'une portion de la substance médullaire du lobe antérieur du cerveau, n'a été accompagnée d'aucun symptôme (3). La perte

---

(1) Par l'effet d'une explosion de poudre à canon, un morceau de cuivre long de trois pouces pénétra dans le cerveau d'un homme en lui traversant l'œil; mais ayant été blessé en même temps au bras, il ne s'aperçut pas de l'accident arrivé à l'œil. Dès que la suppuration commença, l'individu tomba dans l'insensibilité, et mourut quelques heures après.

(2) Une tumeur fongueuse au cerveau se fit jour au travers de la dure-mère, à la suite de l'opération du trépan faite sur l'os pariétal. La pie-mère était si sensible autour de la tumeur, qu'on ne pouvait la toucher sans faire éprouver les douleurs les plus vives.

(3) Un enfant de cinq ans se fractura le crâne; le

d'une portion de l'un des hémisphères fut suivie de difficulté d'avaler pendant 24 heures, et d'un léger délire qui fut de courte durée (1). L'ulcération du lobe antérieur du cerveau, descendant jusqu'à la corne antérieure du ventricule latéral, mais ne se communiquant pas à cette portion d'organe, fut accompagnée de la paralysie des deux bras (2).

Dans un cas de plaie pénétrante dans l'hémisphère droit du cerveau, avec esquille d'os enfoncée dans sa substance, tant qu'il y eut une issue pour l'écoulement du pus, aucun symptôme ne se manifesta, si ce n'est un mal de tête avec engourdissement dans le côté gauche, dans les momens où il y avait accroissement d'activité dans la circulation (3).

---

cerveau fut lésé, et perdit une demi-once de sa substance. En grandissant, cet enfant eut l'esprit plus juste et la mémoire plus exacte que son frère.

(1) Une fracture de l'os pariétal et une blessure de la dure-mère, produisit cette lésion du cerveau.

(2) L'ulcération eut lieu à la suite de lésion de la dure-mère et de la pie-mère, par la couronne du trépan.

(3) Une balle à fusil fractura et enfonça une portion de la partie supérieure et postérieure de l'os pariétal, sans pénétrer dans la cavité du crâne : il se forma un abcès dans la substance du cerveau, où se logèrent les fragmens d'os. Dans cet état, l'individu put faire son service d'officier de marine durant le cours d'un voyage de la Chine en Angleterre; mais il mourut à la suite d'une opération faite pour extraire les fragmens d'os.

SECTION IX.

Effets de l'altération dans la structure du cerveau.

Le tubercule annulaire ayant éprouvé une altération de tissu telle, qu'il résistait à l'action d'un instrument tranchant, une grande quantité de matières terreuses s'étant mêlées avec la substance médullaire des cuisses de la moëlle alongée et avec d'autres parties du cervelet, et le cerveau, ainsi que la région supérieure du cervelet offrant une flaccidité extrême, les effets observés dans ce cas furent l'idiotisme dès la naissance de l'individu, et l'impuissance de marcher, de parler ou de manifester aucun acte de l'intelligence. Il passait souvent trois jours sans prendre d'alimens. A 16 ans, âge où il mourut, il n'avait que la taille d'un enfant de 3 ans, à l'exception de la tête, qui avait le volume de celle d'un enfant ordinaire de douze ans (1).

SECTION X.

Effets de la lésion de la moëlle épinière.

La compression de la moëlle épinière à la région cervicale par l'effet du sang coagulé, fut cause d'affection paralytique des bras et des jambes. Toutes les fonctions des organes internes continuèrent à s'exercer pendant 35

---

(1) Le crâne n'était pas complètement ossifié, les fontanelles étant encore assez considérables. Ce cas fut examiné par M. *Brodie*.

jours, mais l'évacuation de l'urine et des matières fécales se faisait involontairement (1).

L'extravasation du sang dans le centre de la moëlle épinière du cou amena une affection paralytique des jambes, mais non celle des bras (2).

Dans un cas de déchirement de la substance médullaire du cou, il y eut paralysie dans toutes les parties situées au-dessous de la lésion; la tunique interne de l'œsophage était si sensible, que l'individu ne pouvait avaler les solides, à cause des douleurs qu'ils lui faisaient éprouver (3).

Dans un cas de division complète de la moëlle épinière du dos, il y eut perte momentanée de la vue, perte de mémoire pendant quinze minutes, et impossibilité complète de mouvoir aucune des parties inférieures du corps. La transpiration cutanée continua dans les parties situées au-dessus de la division, mais non dans celles qui sont situées au-dessous. La

(1) On trouva une masse de sang coagulé de l'épaisseur d'un écu, s'appliquant sur la face externe de la dure-mère qui recouvre la moëlle épinière, et s'étendant depuis la quatrième vertèbre cervicale jusqu'à la seconde dorsale.

(2) Il y avait luxation de la sixième et septième vertèbres du cou : la moëlle épinière n'était point lésée extérieurement; mais le centre de sa substance renfermait une masse de sang coagulé de près de deux pouces d'étendue.

(3) La septième vertèbre était fracturée, et la moëlle épinière qui la traversait, était lacérée et comprimée.

portion lésée de la moëlle épinière parut extrêmement sensible (1).

TRAVAUX

DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE,

Communiqués par M. le docteur VASSAL, son secrétaire-général, à la Société Médicale d'Emulation.

Recherches sur les imperforations de l'anus, par M. JOLLIET, docteur en chirurgie.

POUR suivre l'usage adopté par les meilleurs Auteurs, je comprendrai sous le nom générique d'imperforation de l'anus, tous les vices de

---

(1) La portion de la moëlle épinière contenue dans le canal de la sixième vertèbre dorsale, fut complètement détruite par l'entrée d'une balle à fusil. L'individu y survécut pendant quatre jours.

Il serait à desirer pour l'intérêt de la médecine et de la physiologie, que tous les grands praticiens suivissent l'exemple que vient de donner M. *Home*, en publiant ses observations sur les fonctions du cerveau. Les matériaux qui en résulteraient, joints aux faits qu'ont déja fourni, et que fourniraient encore aisément les expériences physiologiques, ainsi que les observations d'anatomie comparée, conduiraient très-probablement à des découvertes importantes touchant l'action du système nerveux.

(*Note du Traducteur.*)

conformation qui empêchent ou rendent incomplète l'évacuation du méconium chez les nouveaux-nés.

Ces vices de conformation affectent l'anus ou le rectum.

SECTION PREMIÈRE.

Vices de conformation de l'anus.

Les vices de conformation de l'anus, sont, 1.° le rétrécissement, 2.° l'imperforation.

§. I.er *Rétrécissement de l'anus.*

Le rétrécissement de l'anus a lieu, lorsque le sphincter de cet intestin ne se dilate point assez pour laisser passer le méconium, soit en totalité, soit en partie ; ou lorsque l'ouverture de la peau, qui se replie dans l'intérieur du rectum, est si étroite que les matières ne peuvent point s'écouler, ou ne s'écoulent pas en suffisante quantité ; ce qui donne lieu à deux espèces de rétrécissemens, l'un complet, l'autre incomplet.

Le rétrécissement complet, qui imite l'imperforation de l'anus, ne laisse sortir aucune portion de méconium, pas même la plus liquide ; il permet à peine l'introduction d'un stylet, ou celle de la pointe d'une épingle.

Dans le rétrécissement incomplet, les matières ne sortent pas en quantité suffisante. Tantôt elles ne passent que partie par partie, tantôt par filamens ; tantôt il n'y a que les plus liquides qui peuvent s'échapper.

Le rétrécissement complet peut succéder au

rétrécissement incomplet. *Roonhuis* en cite un exemple.

« Une petite fille de 4 mois avait l'anus si étroit, que sa mère était obligée de lui extraire les matières fécales avec les doigts. A la fin, l'orifice de l'anus s'était rétréci à un tel point, qu'il ne passait plus aucune matière. Il fallut en venir à l'opération pour faire cesser les accidens et sauver l'enfant. »

Le rétrécissement de l'anus peut quelquefois se prolonger assez avant dans le rectum, ou être compliqué d'un autre vice de conformation intérieur. *Bonn* nous en fournit un exemple.

« Un enfant mâle, né à terme, sain et vigoureux, remplissait toutes les fonctions attachées à cet âge, si ce n'est seulement qu'il ne pouvait rendre ses excrémens. Il avait l'ouverture extérieure de l'anus si étroite, qu'on ne pouvait pas y faire entrer un petit stilet. L'opération fut faite par une main habile, mais l'expulsion du méconium n'eut pas lieu, et l'enfant mourut vingt jours après sa naissance. A l'ouverture du cadavre, on trouva que le colon, qui communiquait avec l'orifice externe de l'anus, était en contact avec toute l'extrémité du rectum. Les deux parties tenaient ensemble par l'intermède d'une substance tendineuse, à l'endroit où le col de la vessie est appliqué contre le rectum. Dans ce même endroit, le rectum était adhérent à la vessie, et se trouvait entouré d'un corps dur et glanduleux, qui ressemblait assez bien à la prostate placée derrière cet organe.

Diagnostic. — Le rétrécissement complet est facile à reconnaître. L'enfant qui en est affecté, devient inquiet, ne saisit plus le mame-

lon avec la même avidité. Son ventre se ballonne. Il ne rend point de méconium ; il fait des efforts continuels pour aller à la selle, et exprime par des pleurs continuels les douleurs qu'il éprouve. La tension du ventre augmente ; bientôt surviennent des mouvemens convulsifs, des vomissemens de matières jaunes, vertes, noires ; le visage est très-haut en couleur. Les yeux sont rouges et saillans, les veines du cou sont gonflées et l'urine est quelquefois supprimée. La peau est de couleur jaune noirâtre.

Si on ne vient promptement au secours de cette tendre victime, la tension de l'abdomen devient excessive, la respiration plus courte, plus laborieuse, plus difficile. Les vomissemens se multiplient, les anxiétés augmentent, les extrémités se réfroidissent, et la mort survient très-promptement, ordinairement dans l'espace de douze jours.

L'autopsie du cadavre fait connaître les phénomènes suivans : dilatation considérable de tous les intestins qui s'échappent brusquement de l'abdomen ; déplacement du colon et changement de direction dans ses diverses courbures ; volume excessif du rectum, qui, rempli de gaz et de méconium, occupe tout le bord supérieur du bassin, et paraît y être enfoncé comme un coin. Quelquefois plénitude de la vessie, qui, comprimée vers son col par le rectum trop distendu, s'élève audessus du pubis ; teinte plus ou moins brunâtre, plus ou moins gangréneuse des gros intestins, avec désunion des membranes péritonéale et musculaire qui les composent ; déchirure de cette même membrane péritonéale

en un ou plusieurs endroits, avec épanchement sanguinolent dans la cavité de l'abdomen. Enfin, écoulement du méconium par la déchirure complète du rectum, trop long-temps et trop fortement distendu.

Prognostic.—Ces symptômes sont communs à tous les vices de conformation qui empêchent ou rendent incomplète la sortie du méconium. Aussitôt qu'on en aperçoit quelques-uns se manifester, il faut se hâter de visiter l'enfant, et d'examiner la conformation, non-seulement de l'anus, mais encore celle du rectum. Le vice de conformation une fois connu, on procède sur-le-champ à l'opération convenable. Attendre trop long-temps, c'est s'exposer à voir périr l'enfant par l'accumulation considérable des matières qui a lieu dans ce cas, ou par les désordres multipliés que le retard a entraînés.

La sortie du méconium ne doit point en imposer au médecin, sur-tout s'il aperçoit quelques-uns des symptômes décrits plus haut. En effet, dans le rétrécissement incomplet de l'anus, qui ne permet qu'à la partie la plus fluide du méconium de s'échapper, l'enfant se salit un peu, et il fait moins d'efforts; mais il en fait assez, pour que l'on soit porté à s'assurer de l'état des choses; savoir, si l'évacuation se fait complètement, et quelle est la nature de l'obstacle.

Cette maladie est rare, mais très-dangereuse; si on n'y remédie pas promptement, les enfans périssent dans les premiers jours de leur naissance. *Ferrein* dit qu'on en a vu prolonger leur malheureuse existence,

avec les douleurs inséparables de cet état, jusqu'au douzième jour.

Procédés opératoires. — On peut remédier de plusieurs manières aux rétrécissemens complet et incomplet de l'anus. Les moyens proposés sont :

1.° La dilatation, ainsi que l'ont pratiquée *Scultet* et *Henckel;* le premier, en introduisant un cylindre de racine de gentiane ; le second, en dilatant d'abord l'anus avec une sonde, et y mettant ensuite une bougie.

2.° L'incision, en se servant, comme *Wier*, pour fendre l'anus, d'un scalpel que l'on dirige convenablement au moyen d'une sonde cannelée.

3.° L'incision et la dilatation tout à-la-fois. On fend d'abord l'anus avec le scalpel, et ensuite on le dilate, à l'aide d'un instrument. Tel est le procédé opératoire dont *Roonhuis* a fait usage dans l'observation rapportée p. 273.

Ce cas n'est pas toujours aussi simple ; en effet, il est possible que le défaut d'ouverture ne soit pas seulement à la peau, et qu'il s'étende à l'extrémité du rectum, qui est trop étroite. L'incision porte alors sur des parties dont la blessure peut être dangereuse. Les bords ont beaucoup plus de disposition à se rapprocher et à se réunir; de sorte qu'on ne peut se dispenser de mettre un suppositoire, qui est renouvelé autant de fois que le besoin l'exige, et jusqu'à ce que la plaie soit cicatrisée.

Les dangers de l'opération sont la section totale du sphincter de l'anus, la destruction de l'action organique de cette ouverture, et par suite la sortie involontaire des excrémens. Cet

inconvénient est d'autant plus grave, qu'il est incurable.

§. II. *Imperforation de l'anus.*

L'imperforation de l'anus proprement dite, est celle où l'anus manque absolument.

Ce vice de conformation est produit par une cloison membraneuse tendue sur l'anus, adhérente à sa circonférence et à son orifice, ou par un prolongement de la peau qui, au lieu de se replier dans l'intérieur du rectum, se trouve tendue au-devant de l'anus, ou par l'adhérence entre eux des plis qui forment la circonférence interne du sphincter.

Delà deux espèces d'imperforations, l'une appelée membraneuse, l'autre désignée sous le nom de cutanée.

1.° *Imperforation membraneuse.*

Ce vice de conformation est aisé à reconnaître. L'enfant ne rend point de méconium, et l'anus est fermé par une membrane, dont la couleur est distincte de celle des parties environnantes, et que l'on ne peut confondre avec la peau.

Cette membrane est plus ou moins épaisse, plus ou moins tendue, plus ou moins transparente.

Mince et transparente, elle laisse apercevoir le méconium, qui lui donne une couleur rougeâtre, violette, livide ou noirâtre.

Mince et lâche, elle cède facilement à la pression du doigt qui la repousse, ou au poids des matières qui l'entraînent.

Le doigt que l'on pose dessus fait sentir le flot obscur de la matière retenue. A chaque contraction du ventre, ce flot est plus marqué. Le poids des matières, joint aux efforts pour aller à la selle, pousse la membrane, lui fait faire une saillie ovalaire plus ou moins grande, lisse des deux côtés, ou lui donne l'apparence d'une espèce de tumeur herniaire.

Ruysch fait mention d'un enfant dont l'anus était remplacé par un petit sac membraneux, cylindrique, de la grosseur d'une plume à écrire, attaché au scrotum et rempli de méconium.

La membrane, lorsqu'elle est simple et épaisse, ne laisse apercevoir aucune inégalité, aucune espèce de saillie; mais elle cède à la pression du doigt.

L'imperforation membraneuse a le plus souvent une issue funeste; mais il est prouvé que plusieurs enfans dont l'anus était imperforé, ont été guéris parfaitement. On pourrait même les sauver presque tous, pourvu que l'on emportât l'obstacle avec prudence, et que l'opération fut faite à temps. En effet, pour peu que l'on tarde de soi-même, ou que l'on soit retenu par la compassion mal placée des parens qui ont le scalpel en horreur, les efforts que l'enfant ne peut se dispenser de faire pour évacuer, déterminent bientôt une congestion dangereuse dans les vaisseaux du cerveau; la gangrène du pourtour de l'anus a lieu, la déchirure des intestins arrive, et la mort termine cette affreuse maladie.

L'opération nécessaire n'est ni longue ni difficile: aussi a-t-elle réussi à tous ceux qui l'ont pratiquée à temps.

Paul d'Egine a le premier conseillé de déchirer la membrane avec les doigts, si cela est possible; d'autres de l'ouvrir avec l'aiguille triangulaire.

Le premier moyen est douloureux pour l'enfant, et n'est bon que quand la pellicule est assez mince et assez lâche pour que le chirurgien puisse, à l'aide des doigts, en opérer facilement la division.

Le second ne donne pas une ouverture assez grande pour l'évacuation des matières, quelque gros que puisse être le calibre du troisquart.

Il vaut mieux, dans tous les cas, employer le fer. Avec le bistouri, la lancette, ou le scalpel, on peut disséquer et enlever la membrane toute entière, ou y faire un trou suffisant, en y pratiquant une incision cruciale. Ce dernier procédé est sur-tout préférable, si la membrane est très-épaisse. On plonge la lancette au milieu de la membrane, on agrandit l'ouverture par deux sections cruciales, que l'on a soin de faire presque sans interruption; autrement, le méconium sortant par la première incision, ne laisserait plus apercevoir comment on peut continuer l'opération.

L'évacuation du méconium prouve le succès de l'opération. On abandonne ensuite l'enfant aux soins de la nature, et il n'est pas à craindre que les parties incisées se recollent, parce que le passage continuel des matières s'y oppose.

On ne doit pas non plus s'inquiéter des angles formés par l'incision cruciale, parce qu'ils s'effaceront avec le temps, à moins qu'ils ne soient d'une grande épaisseur.

Si le méconium ne sort pas, il faut sonder le rectum pour s'assurer de sa bonne ou mauvaise organisation, et se conduire comme il sera dit ailleurs.

L'usage d'un fer rougi au feu, dans la vue d'opérer une perte de substance, en même temps que l'on fait l'ouverture, doit être banni de la pratique : ce moyen est trop douloureux, sans être plus efficace.

2.° *Imperforation cutanée.*

L'imperforation a lieu, lorsque la peau, qui ordinairement se replie dans l'intérieur du rectum, se trouve au contraire tendue sur l'anus qu'elle couvre entièrement, et qu'elle ferme exactement.

L'épaisseur de cet obstacle est plus ou moins considérable, selon que l'anus est obstrué par la peau seule, ou par la peau et en même temps par quelques couches de tissu cellulaire, ou par un prolongement musculaire.

Il peut aussi arriver que le rectum soit oblitéré, imperforé, ou qu'il manque absolument.

Il est une espèce d'imperforation cutanée avec ou sans aucune trace d'anus. Dans ce dernier cas, on n'aperçoit aucune inégalité, aucune couleur différente de celle des parties environnantes, aucune espèce de saillie. La peau ne cède point à la pression du doigt, à moins que seule elle ne forme l'obstacle.

On a vu à Toulouse, un enfant né sans anus, sans fesses et sans ligne de séparation.

Les traces d'anus que l'on a observées, sont, 1.° un tubercule en forme de verrue; 2.° une

éminence calleuse ; 3.° une saillie un peu arrondie, ressemblant à une couture ; 4.° une excroissance charnue ; 5.° une petite fossette, avec rougeur et gonflement du périné ; 6.° une tache un peu livide ; 7.° une rougeur applatie, circulaire, de la grandeur d'une pièce d'argent, dont le milieu était surmonté d'une petite papille blanchâtre ; 8.° enfin, une légère éminence, une tache fort dure, de légers plis ou une espèce de ride semblable aux cicatrices que laisse une plaie.

Chez un enfant dont parle *Dusius*, et qui n'avait point d'anus, on voyait seulement une ligne qui, commençant à l'endroit de cet orifice, s'étendait jusqu'à la racine de la verge ; et cette extrémité se trouvait percée d'un trou de la grandeur d'un pois, par lequel l'enfant avait rendu une partie du méconium et quelques vents.

L'imperforation cutanée de l'anus est très-fâcheuse par elle-même ; elle l'est d'autant plus, que cet accident peut être accompagné d'un vice de conformation du rectum ; et aux yeux de M. *Sabatier*, elle n'offre pour ainsi dire aucune ressource, s'il n'existe aucune trace d'anus. « Rien, dit ce savant opérateur, rien dans la disposition des parties extérieures du bassin, n'indique le lieu auquel doit répondre l'extrémité du rectum ; d'ailleurs cette extrémité peut être si éloignée, qu'il soit impossible d'y atteindre. On l'a vue répondre à la partie supérieure du sacrum ; depuis cette partie du bassin l'intestin manquait absolument. Comment alors porter des instrumens tranchans à une aussi grande profondeur ? Si on peut se flatter de réussir à

procurer la sortie du méconium, à travers quelle épaisseur de parties ne devraient-ils point passer ? Cette cause d'infiltration, jointe à celle énoncée plus haut (l'infiltration des matières), la rendra inévitable; sans parler du délâbrement que les instrumens produisent nécessairement dans la cavité du bassin, où ils marchent pour ainsi dire au hasard, jusqu'à ce qu'ils aient atteint l'intestin. C'est en vain qu'on invoquerait les lumières de l'anatomie; elles sont insuffisantes dans un cas de cette espèce. Aussi est-il extrêmement douteux que l'on ait réussi à sauver des enfans qui étaient dans cette circonstance. On est parvenu à ouvrir l'intestin, et à procurer la sortie du méconium; les enfans ont été soulagés, mais ils sont morts peu de temps après. »

Ces réflexions sont bonnes, judicieuses et dignes de leur auteur; cependant elles ne doivent point empêcher de tenter l'opération. Faut-il la négliger, parce qu'elle ne peut pas toujours réussir, sous prétexte que le rectum peut être oblitéré à une distance plus ou moins éloignée ? Faut-il s'abstenir de chercher son extrémité, qui peut être en bon état ? Faut-il enfin ne pas inciser les tégumens qui peuvent former le seul obstacle à détruire ? Je ne crois pas que M. *Sabatier* soit pour la négative. En conséquence, le succès, quoique douteux, dans quelques circonstances, ne doit pas empêcher de tenter l'opération qui a quelquefois réussi et a sauvé des victimes vouées à une mort certaine.

Avant de procéder à l'opération, il faut chercher s'il n'est point quelqu'endroit mollasse qui cède à la pression du doigt, et c'est

celui-là qu'il faut inciser. S'il n'y a point quelque partie molle qui indique la fluctuation de quelque matière, comme cela arrive dans les cas de complication, il faut se régler sur la connaissance anatomique que l'on a des parties qu'on doit inciser.

On observera ici que l'ouverture de l'anus est moins voisine du coccix dans les nouveau-nés que dans les adultes. Dans les enfans, le coccix est en grande partie cartilagineux, et il est difficile de le distinguer des parties molles. On doit donc faire l'opération de manière que si l'on ne peut sentir la fin du coccix, on laisse encore intacte, au-devant de cette extrémité, une portion assez considérable de la peau. Lorsqu'on néglige cette précaution, l'incision peut ne point répondre à l'ouverture de l'anus, et si l'on est obligé de plonger plus avant, l'instrument peut pénétrer dans le tissu cellulaire placé entre l'intestin et le sacrum ; ou si l'obstacle se prolonge au-delà du sphincter de l'anus, il est à craindre que l'instrument ne divise point le rectum, ou qu'il en coupe seulement la partie postérieure, sans toucher à l'endroit où le sphincter se trouve tout entier, ce qui produirait une infiltration de matières fécales.

C'est ce qui est arrivé à *J. L. Petit.* Après avoir incisé les tégumens, il dilata l'ouverture avec le doigt ; mais il ne put découvrir le rectum. Au bout de trois heures il survint à l'endroit de la plaie une tumeur molasse et noirâtre. Il en fit l'incision : le méconium sortit : cependant l'enfant mourut. On trouva la partie postérieure du rectum coupée, et il n'existait

aucune ouverture dans la partie de l'intestin recouverte par le sphincter.

Le procédé opératoire usité en pareille circonstance, consiste à faire à la peau une section cruciale suffisante pour laisser sortir les excrémens ; à dilater l'ouverture par le moyen d'un petit forceps, et à entretenir cette ouverture en mettant dedans une canule d'argent ou de gomme élastique, que l'on maintient en place jusqu'à parfaite guérison.

Quelques praticiens recommandent d'emporter les lambeaux de la peau incisée, parce que ses débris formeraient des nœuds qui gêneraient les fonctions de l'anus.

Si l'incision de la peau et du tissu cellulaire ne donne point issue au méconium, on introduit le doigt dans la plaie, on cherche l'extrémité du rectum, et on plonge l'instrument dans la direction de cet intestin. On doit en diriger la pointe un peu du côté du sacrum, afin de ne point inciser la vessie au lieu de l'intestin, ou la vessie en même temps que la partie antérieure du rectum ; inconvénient qui peut avoir lieu lorsque la vessie est pleine, et que l'enfant n'a pu uriner.

Il ne faut pas pratiquer l'incision avec trop de timidité, car il peut arriver que l'obstacle ait une épaisseur telle que l'instrument doive être enfoncé jusqu'à une profondeur assez considérable, pour procurer enfin la sortie du méconium, comme l'a prouvé *L. G. Hoyer*, dont l'observation se trouve consignée dans les Ephémérides des Curieux de la Nature.

L'enfant qui fait le sujet de cette observation avait l'anus imperforé de manière que ses parois étaient collées l'une à l'autre par une

partie musculaire. *Hoyer* y introduisit une lancette, et trouva que l'obstacle s'étendait dans le rectum de la longueur de la seconde phalange du pouce. Il continua l'incision plus avant, et il fit sortir par ce moyen les matières fécales ; ce qui guérit l'enfant.

La même chose est arrivée à *P. S. Giering*, en pareille circonstance ; il introduisit une lancette jusqu'à une profondeur égale à la longueur de la seconde et troisième phalange du petit doigt. Cette opération fit sortir beaucoup de vents. Les matières ne paraissant point, l'incision fut continuée du côté du sacrum, et une irritation provoquée sur le rectum produisit l'expulsion du méconium. En huit jours l'enfant fut guéri ; l'anus était cependant resté encore trop étroit. Au bout de six mois il causa des malaises, et on prit le parti d'achever la dilatation avec les doigts.

Dans une observation citée par *Manget*, le chirurgien enfonça une lancette à la profondeur d'une phalange du petit doigt, mais il ne sortit point de méconium. Trois heures après il introduisit de nouveau la lancette jusqu'à la profondeur de deux phalanges : il parvint enfin à faire sortir le méconium, et l'enfant fut guéri.

G. G. Wagler ayant à opérer un enfant qui n'avait aucune trace d'anus, et qui rendait le méconium avec l'urine, fit avec le scalpel une incision le plus soigneusement possible : l'incision faite, il ne put trouver le rectum, quoiqu'il eut plus d'un pouce de longueur ; c'est pourquoi il ne voulut point en faire une seconde. Le lendemain, il se forma une tumeur dans le fond de la plaie. Il la perça

d'un coup de lancette avec tant de succès, qu'il sortit à l'instant une grande quantité de méconium, et l'enfant fut guéri au bout de trois semaines.

D'après ces trois observations, on voit qu'il vaut mieux faire plusieurs incisions successives, afin que dans l'intervalle de chacune d'elles on cherche à distinguer la structure des parties, et qu'on soit plus à portée de connaître si l'intestin est rapproché ou éloigné des points incisés.

Dans l'imperforation cutanée avec apparence d'anus, le lieu de l'opération est déterminé par la nature même.

Le procédé opératoire et les précautions à prendre sont les mêmes que ceux employés pour l'imperforation, sans aucune trace d'anus. La seule différence que l'on a voulu y mettre, consiste à appliquer le cautère potentiel sur les tubercules et les excroissances charnues, et à continuer l'ouverture avec une lancette.

SECTION DEUXIÈME.

Vices de conformation du rectum.

---

§. I.er *Rétrécissemens du rectum.*

Les vices de conformation du rectum sont presque toujours accompagnés d'une ouverture de l'anus très-bien conformée à l'extérieur.

L'obstacle qui retient les matières se trouve à l'intérieur, placé plus haut que le sphincter de l'anus, de manière que l'on peut introduire le doigt ou une sonde jusqu'à une certaine profondeur, dans un canal plus ou moins alongé, lequel se trouve ou rétreci, ou se termine par un cul-de-sac.

Les vices de conformation qui ferment en partie ou en totalité le rectum, et que l'on a observé, sont les rétrécissemens du rectum.

1.° Le rétrécissement du rectum dans toute la longueur, par la diminution de son calibre qui peut à peine recevoir l'introduction d'un stylet de médiocre grosseur.

2.° Le rétrécissement du rectum dans un ou plusieurs points de sa longueur, comme s'il était étranglé par une espèce de ligature.

3.° La terminaison du rectum en cul-de-sac vers le milieu de l'os sacrum, ou dans la partie inférieure du bassin. Dans ce cas, le rectum est comme rétréci par un nœud semblable à l'ombilic d'un homme adulte, ou par une espèce de ligature, et il est divisé en deux moitiés plus ou moins égales qui correspondent l'une à l'autre. Dans un cas pareil, j'ai vu les deux moitiés situées l'une au-devant de l'autre, et se terminer d'un demi-pouce; l'une fluide et se débordant à l'anus; l'autre pleine de vents et de méconium, et étant la continuation du canal intestinal.

On a vu cette dernière portion réfléchie sur la partie supérieure du sacrum, et lui être fortement adhérente.

4.° L'imperforation du rectum par une membrane mince, fort dure, de consistance de corne, seule ou multiple, attachée transver-

salement aux parois de cet intestin, à une distance plus ou moins grande de l'anus.

Chez une fille dont parle *Schenckius*, le rectum était fermé par deux membranes en deux endroits différens; et les parois étaient collées l'une à l'autre dans deux autres endroits.

5° L'oblitération du rectum qui est fermé dans la longueur de plusieurs travers de doigt, et tordu en manière de corde jusqu'à l'anus, qui n'est pas creusé intérieurement comme un canal, mais qui forme un cylindre massif et cartilagineux, charnu et graisseux, fort dense dans toute son étendue ou dans une partie, dont les parois sont collées l'une à l'autre par une partie musculaire qui s'étend de l'anus jusqu'à la hauteur de la seconde phalange du pouce, par l'interposition d'un grand nombre de fibres charnues jusqu'à la hauteur de quatre travers de doigt, qui est confondu avec les parties voisines, avec la prostate qui l'entoure, ou avec le col de la vessie dont on ne peut le séparer, qui manque en totalité ou en partie.

La non-existence du rectum est toujours l'effet d'un vice de conformation du colon qui est imperforé, qui se termine en cul-de-sac, dont l'extrémité est rétrécie et comme entourée d'une corde qui s'ouvre dans la vessie, le vagin ou à l'ombilic.

On a vu aussi le colon manquer en même temps que le rectum. Alors l'iléon finissait au-dessus du pubis, se terminait en cul-de-sac dans la région iliaque droite, ou s'ouvrait à travers les parois abdominales par un anus contre-nature.

Les vices de conformation du rectum sont

d'autant plus dangereux qu'ils sont cachés, et qu'ils échappent long-temps à la connaissance des personnes qui prennent soin de l'enfant. Trompé par de fausses apparences, par la vue d'un anus bien organisé, on n'a recours aux gens de l'art que lorsque les forces sont épuisées et les engorgemens formés.

La bonne conformation de l'anus ne doit donc pas en imposer au médecin qui voit un nouveau-né tourmenté par les tranchées et les vomissemens; avant d'attribuer cet état à l'épaississement du méconium qui ne peut prendre son cours par en bas, il doit commencer par introduire une sonde dans l'anus, pour s'assurer de la bonne ou mauvaise conformation du rectum.

Le péril varie suivant la différence des obstacles.

Le rectum altéré dans toute sa longueur, converti en une substance charnue, graisseuse, cartilagineuse, confondu avec les parties voisines, est toujours une affection funeste. Il en est de même lorsqu'il manque entièrement ou en partie.

Le rectum fermé par une membrane ou terminé en cul-de-sac, offre plus de ressource et peut aisément se reconnaître, si l'obstacle n'est pas trop épais, si la fluctuation peut se faire sentir.

Dans tous les cas, il ne faut rien négliger pour sauver le sujet.

L'introduction du petit doigt, et en cas d'impossibilité, celle d'une sonde, instruisent de la profondeur et quelquefois de la nature de l'obstacle qui s'oppose à la sortie des matières.

Cet obstacle ne peut être levé sans opération, et dans ce cas, le délai est très-funeste.

Si la profondeur est médiocre, et que le doigt puisse être introduit dans le canal qui se présente, on peut y porter, à l'aide du doigt, un bistouri, auquel on sera forcé de donner une direction telle, qu'il coupe de derrière en devant, c'est-à-dire depuis la fin du sacrum vers les bourses ou vers le pudendum.

Mais, dans cette maladie, l'ouverture de l'anus est presque toujours trop étroite pour permettre en même temps l'introduction du doigt et celle des instrumens. Pour remédier à cet inconvénient, *Courtial* passait dans l'anus une canule de plomb, le long de laquelle il portait un scalpel dans l'intestin. En se servant d'un pareil conducteur, on ne craint point d'opérer à tâtons, sur-tout si la profondeur est grande, ni de couper l'intestin au lieu de la membrane qui forme l'obstacle. Cet accident est arrivé à *Bonafos*.

Pour moi, je pense, qu'en pareil cas, il est plus sage de se servir, avec *J. L. Petit*, d'un pharingôtome, si c'est une membrane, ou de l'aiguille triangulaire; parce qu'alors on introduit une canule qui sert à déterminer plus positivement le lieu de l'incision.

Le danger de cette opération résulte de la profondeur à laquelle elle doit être faite, et en même temps de l'état de l'intestin à l'endroit où il se termine.

Si cet intestin est rempli de méconium et fort distendu, il est possible que la partie qui se présentera à l'instrument ne soit point celle qui doive aboutir au fond du cul-de-sac sur

lequel on opère ; de sorte que se rétrécissant et reprenant sa position, après que le méconium est écoulé, l'incision qu'on y a faite ne réponde plus à l'ouverture de la plaie extérieure, et qu'il se fasse des infiltrations mortelles dans le bassin.

Engerrand et M. *Sabatier* ont observé cette disposition.

Si la membrane qui ferme le rectum a la consistance de la corne, l'opération, quoique bien faite, ne serait pas facilement suivie de succès. En effet, quand on percerait cet obstacle, l'ouverture se trouverait rarement assez grande, ce qui n'entraînerait pas moins la perte de l'enfant.

Il en serait de même si l'extrémité du rectum était jointe à une espèce de nœud.

On demande ce qu'il convient de faire quand l'opération n'est pas suivie de la sortie du méconium? Alors on ne peut que désespérer de la vie de l'enfant.

Cette infirmité n'est pas cependant toujours mortelle, si on en croit certains auteurs. Fondés sur des observations qui doivent paraître suspectes, ils prétendent que la nature a su conserver la vie à des hommes dont l'anus était imperforé, en suppléant par la bouche à ce vice de conformation : la même ouverture qui recevrait les alimens avec une sensation agréable, rendrait avec dégoût des excrémens fétides. Raisonnant par analogie, ces mêmes médecins ont dit : si la nature a su conserver la vie à tant de petits infortunés, ne doit-on pas conseiller aux gens de l'art d'en imiter la marche, et de l'aider dans ses efforts. Les vrais praticiens ont toujours suivi l'ordre de la nature, et on a tenté

de tout temps avec succès des guérisons, en se conformant aux règles qu'elle paraît suivre. Ainsi, comme elle cherche toujours à évacuer les excrémens par les vomissemens, ne pourrait-on pas, dit *Van-Doeveren*, essayer, quand l'opération a été sans succès, de donner un léger vomitif, et d'attirer supérieurement les dejections alvines, afin de prolonger autant qu'il est possible la vie de ces enfans.

Ce conseil, fondé sur une fausse analogie, réprouvé par la saine raison, tombe de lui-même, lorsque l'on vient à compter le nombre des victimes que la négligence ou la fausse pitié des parens a laissé périr.

Il est un moyen plus sûr de sauver de la mort les enfans dont l'anus et le rectum sont imperforés, et chez lesquels l'opération ordinaire n'a pas réussi. Ce moyen, proposé par *Littre*, et mis à exécution par *Duret*, chirurgien de la marine de Brest, consiste à faire une ouverture au ventre, aux plis de l'aîne, à aller chercher une portion intestinale, l'ouvrir, la fixer à l'incision par quelques points de suture, et établir enfin un anus contre-nature à l'endroit de la plaie. *Duret* ouvrit le ventre au bas de la région iliaque gauche, alla chercher l'S du colon, fit une ouverture à cet intestin suivant sa longueur, et l'assujettit au bord de la plaie par deux fils cirés qui furent passés par derrière. La plaie fut pansée de la manière la plus simple, et au bout de sept jours, les fils d'attente qui retenaient l'intestin furent ôtés. L'enfant vécut avec un anus contre-nature, compliqué d'un double renversement de l'intestin qu'il ne fut pas possible de prévenir ni de corriger.

§. II. *Anus contre nature.*

Les imperforations de l'anus et du rectum sont fréquemment accompagnées d'un anus contre-nature, c'est-à dire d'une évacuation des matières fécales par une ouverture autre que celle de l'anus.

Les diverses espèces d'anus contre-nature que les auteurs ont observées, sont l'ouverture du rectum dans la vessie, le canal de l'urètre, le vagin, les grandes lèvres ou le sacrum ; celle du colon à l'ombilic dans la vessie ou le vagin ; enfin de celle de l'iléon à l'ombilic.

1.° *Ouverture du rectum dans la vessie.*

On a vu le rectum s'ouvrir dans la vessie comme une espèce d'uretère,

1.° A l'insertion des uretères, par une extrémité tout au plus assez grande pour recevoir le bouton d'une épingle. En pressant le bout du rectum, on voyait le méconium s'épancher dans la cavité de la vessie.

2.° Un peu au-dessus du col de la vessie, par un petit orifice.

3.° Dans le fond de la vessie.

4.° Dans le col de la vessie, par une très-petite ouverture, qui ne laisse passer que les parties les plus fluides, par un prolongement membraneux fort mince, qui s'étendait jusqu'à la racine de la verge.

Morand a vu, dans une pareille circonstance, le col de la vessie trois fois plus grand que de coutume.

Les Ephémérides des curieux de la nature font mention d'un enfant dont le rectum était uni à la vessie par un petit conduit de la longueur d'environ un pouce. On pouvait faire passer de l'air de la vessie dans le rectum, et réciproquement du rectum dans la vessie ; mais l'ouverture se trouvait trop étroite pour donner passage aux excrémens.

2.° Ouverture du rectum dans l'urètre.

L'histoire de l'Académie, année 1752, fait mention d'un enfant dont le rectum était courbé sous la vessie, et aboutissait à l'urètre, qui était plus grand qu'à l'ordinaire.

Volfstriegel parle d'un autre enfant dont le rectum, terminé par une appendice semblable à la vessie (qui manquait), se prolongeait hors du corps jusques dans l'urètre.

Poultier de la Salle a vu le rectum d'un enfant de trois ans et demi se terminer dans l'urètre. Cet enfant éprouvait beaucoup de douleurs lorsque les matières n'étaient pas fluides.

3.° Ouverture du colon dans la vessie.

Les actes de *Harlem* parlent d'un enfant dont le canal intestinal ne descendait pas jusques dans le bassin, mais venait s'implanter dans la partie postérieure et moyenne du fond de la vessie, en se rétrécissant de plus en plus et en se terminant par une petite ouverture à peine suffisante pour recevoir une sonde d'*Anel*;

Cette ouverture était dirigée du côté de l'orifice interne de l'uretère ; mais comme elle était trop étroite, on ne trouva point de méconium dans la vessie : on faisait passer de l'air du colon dans la vessie.

Duverney rapporte une observation très-singulière à ce sujet. Il nous dit que deux fœtus étaient venus au monde unis l'un à l'autre par les parois du bas-ventre. Ils n'avaient à eux deux qu'un seul colon qui se divisait en deux prolongemens, dont l'un pénétrait dans la vessie de l'un des deux, et l'autre s'ouvrait dans la vessie du second. La verge se trouvait dans chacun d'eux à l'endroit ordinaire de l'anus.

Lorsque le colon ou le rectum s'ouvrent dans la vessie, le méconium et les matières fécales sont évacuées par l'urètre.

Les matières sortent seules ou délayées avec l'urine, en grande quantité et facilement, ou par filamens et avec efforts. Tantôt il n'y a que les plus liquides qui puissent s'échapper ; tantôt il ne se fait aucune évacuation, suivant que l'ouverture est plus ou moins grande, ou que les matières sont plus ou moins épaisses et dures.

Cette maladie est fort dangereuse, quoique tous ceux qui en ont été attaqués n'en soient pas morts. Lorsqu'elle se rencontre chez des enfans du sexe féminin, il est possible qu'ils s'élèvent et qu'ils vivent, parce que le méat urinaire est susceptible d'une grande dilatation chez les femmes. Lorsque cela a lieu chez les garçons, leur mort est inévitable et pour les raisons contraires. On a cependant l'exemple d'un

enfant qui a vécu trois ans avec ce vice de conformation.

L'opération, dans ce cas, est rarement suivie d'un heureux succès. Je ne connais que deux observations où elle ait parfaitement réussi. Ces observations sont celles de *Zacutus* et de *Wagler.*

L'enfant dont parle *Zacutus*, ne périt point. Il était né avec un anus fermé par une membrane. Il rendit les matières fécales par la voie de l'urine pendant trois mois. Au bout de ce temps, la membrane ayant été divisée, l'enfant guérit parfaitement.

Dans l'observation de *G. G. Wagler*, consignée dans les actes de *Harlem*, l'enfant n'avait point encore rendu de méconium le troisième jour de sa naissance; mais il était sorti avec l'urine une certaine quantité de mucus verdâtre, semblable au méconium détrempé. Enfin, la sage-femme voulant lui donner un lavement, s'aperçut qu'il n'y avait point d'anus, de telle manière qu'on n'apercevait ni protubérance, ni aucun endroit qui cédât à la pression du doigt, ni enfin la moindre trace d'anus. Malgré toutes ces circonstances, le chirurgien résolut de pratiquer avec le scalpel une incision, le plus soigneusement qu'il lui serait possible. L'incision faite, il sortit à l'instant une grande quantité de méconium. L'enfant fut parfaitement guéri trois semaines après l'opération, et alors il ne s'échappa plus de mucosité verdâtre par la voie de l'urine.

Rectum s'ouvrant dans le vagin.

Bousquet a vu le rectum se terminer dans le vagin, par une ouverture qui avait une circonférence un peu calleuse. Comme cet orifice était toujours ouvert, le méconium pouvait sortir librement.

Mercurialis rapporte l'histoire de la fille d'un hébreu, qui était venue au monde sans anus, qui rendait les excrémens par la vulve, et qui parvint à un âge avancé.

Daubenton, dans sa description du cabinet du roi, parle d'un exemple fort curieux, d'un enfant monstrueux qui manquait d'anus, et dans lequel le rectum se terminait par une extrémité très-étroite, dans un vagin commun à deux matrices.

On cite deux autres exemples non moins curieux. Une fille, âgée de deux mois, et une autre de quatre, avaient l'anus obstrué par une excroissance charnue, et rendaient leurs excrémens par un conduit ouvert dans la partie inférieure de la vulve. Dans l'une de ces deux filles, l'ouverture avait tout au plus le diamètre d'un tuyau de paille, en sorte que les excrémens ne sortaient qu'avec beaucoup de peine et dans un état de liquidité. Une profonde incision, faite sur le lieu ordinaire de l'anus, rétablit l'issue naturelle des matières fécales. Cependant il arrivait quelquefois chez ces deux enfans, que les matières les plus liquides sortaient par la vulve, et les plus grossières par la nouvelle ouverture.

Fabrice d'Aquapendente parle d'une femme

qui rendait les excrémens par une ouverture pratiquée au-dessus du vagin.

On a vu aussi le rectum s'ouvrir chez les femmes, tantôt à la commissure supérieure des grandes lèvres, tantôt au-dessus ou au-dessous du méat urinaire ; d'autres fois sur les côtés du vagin, ou au-dessus de la commissure inférieure des grandes lèvres.

L'ouverture du rectum dans le vagin présente un vice de conformation très-désagréable et très-rarement mortel. Si l'orifice est assez grand, le méconium sort avec facilité, et la vie se trouve prolongée d'une manière indéterminée. On a vu des filles de 8, 16 et 20 ans se bien porter avec une pareille infirmité. La fille de l'hébreu, dont j'ai parlé plus haut, a vécu cent ans.

Lorsque la mort enlève les enfans attaqués de cette conformation vicieuse, on doit en chercher une autre cause ; par exemple, l'obstruction du vagin. En pareil cas, les matières fécales, ne trouvant pas d'issues, causent la mort de l'enfant, à moins d'ouvrir l'anus naturel.

Ouverture du rectum dans le sacrum.

Nous devons la connaissance de ce vice de conformation à *Georges Delafaye*. Cet Auteur a vu deux enfans nouveau-nés, dont l'anus n'était point bouché, mais dont le sacrum avait dans son milieu une ouverture ronde et assez grande pour y mettre le bout du doigt. Dans l'un de ces enfans, une portion de l'intestin passait par l'ouverture de l'os, et formait une

espèce de hernie ; dans l'autre, les matières sortaient en partie par cet endroit, parce qu'il y avait à l'intestin une ouverture qui répondait à celle de l'os.

BRESCHET, *Secrétaire.*

De l'Imprimerie de MIGNERET, Imprimeur du Journal de Médecine, rue du Dragon, F. S. G., N.° 20.

BULLETIN

DE

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Rédigé par M. BRESCHET, Secrétaire-général de cette Société (1).

N.° V. — MAI 1815.

RAPPORT

FAIT PAR MM. *RIBES* ET *GAULTIER-DE-CLAUBRY*,

Sur un Mémoire de M. EMERY, D.-M.-P., chirurgien aide-major de la Garde impériale, ayant pour titre : *Réflexions sur l'extirpation du bras, et sur quelques procédés relatifs à cette opération.*

LONG-TEMPS les cas qui ont exigé l'amputation du bras dans son articulation avec le sca-

(1) C'est chez ce médecin, (place du Pont-Neuf, N.° 15), qu'on doit adresser, *francs de port*, les mémoires imprimés ou manuscrits, les observations et tous les ouvrages de médecine qu'on desirera présenter à la Société, ou faire insérer dans son Bulletin.

pulum, furent placés au nombre des maladies supérieures aux ressources de l'art. Le volume considérable du membre qu'il s'agissait de retrancher, la difficulté de suspendre le cours du sang pendant l'opération, et de s'en rendre maître après l'avoir terminée ; le voisinage du cœur, la crainte du refoulement du sang à l'intérieur, établie sur les théories physiologiques alors reçues dans les Ecoles ; les dangers exagérés des plaies pénétrantes dans l'intérieur des articulations, étaient autant de motifs qui avaient détourné les chirurgiens de la pratique de cette importante opération. Mais quand *Ledran* père, et peut-être à la même époque, *Morand* père, l'eurent exécutée pour la première fois avec un plein succès, on s'aperçut qu'on possédait un moyen de plus pour conserver la vie des malades dans des cas qui jusqu'alors avaient été regardés comme désespérés. Néanmoins en admettant avec empressement l'opération hardie, conçue et exécutée par *Ledran* et *Morand*, on sentit bientôt que leur procédé extrêmement défectueux était susceptible de beaucoup de corrections, et pouvait être porté à un plus haut degré de perfection. *Garengeot*, *Lafaye*, *Sharp*, *Bromfield*, et plusieurs autres grands praticiens, s'occupèrent successivement de proposer de nouveaux procédés opératoires, ou d'en perfectionner les temps, ou bien encore d'y apporter d'utiles modifications. Long-temps le procédé de *Lafaye* fut généralement adopté, et il semblait qu'il ne restait plus rien à faire quand *Desault*, considérant qu'en formant un lambeau supérieur et un inférieur, l'un avec la masse presque entière du deltoïde, l'autre

avec les chairs de la partie interne du bras, ils se trouvaient séparés par le plus grand diamètre de la cavité glénoïdale ; que par conséquent la réunion en était difficile ; que le lambeau inférieur étant relevé pour le rapprocher du supérieur, il en résultait une gouttière où séjournait la matière de la suppuration, ce qui ne pouvait manquer de donner lieu à des accidens graves ; il crut trouver dans ces causes réunies la raison du peu de succès qui, pour l'ordinaire, couronnait cette grande opération. Son génie vraiment chirurgical lui suggéra l'idée d'un autre procédé qui consistait à faire deux lambeaux, l'un externe ou postérieur, l'autre interne ou antérieur. Il commençait l'opération par ce dernier ; et rapprochant ensuite les deux lambeaux suivant le diamètre le plus étroit de la cavité glénoïdale, il formait une plaie longitudinale qui n'apportait aucun obstacle à l'écoulement du pus par la partie inférieure. Ces principes une fois adoptés, les nombreux élèves de ce grand maître s'occupèrent à perfectionner son procédé ; et M. le baron *Larrey* sur-tout, placé avantageusement pour pratiquer un grand nombre de fois cette opération, après avoir d'abord indiqué, comme une perfection importante de ce procédé, de commencer l'opération par former le lambeau externe, ce qui donne la possibilité de saisir le dernier lambeau avant d'en achever la section, de comprimer ainsi l'artère axillaire d'une manière immédiate ; de se rendre maître du sang, et d'achever tranquillement l'opération ; mode opératoire qui, entre les mains de cet habile praticien, a obtenu les succès les plus multipliés. Il

s'est enfin, à une époque plus récente, encore arrêté définitivement à une autre manière de procéder, fondée toujours sur les mêmes principes, mais peut-être plus parfaite encore, parce qu'elle s'applique à la presque généralité des cas. Voici, en peu de mots, comment M. *Larrey* exécute son procédé de l'extirpation du bras (1) :

Le blessé étant situé convenablement, l'opérateur fait une incision longitudinale qui part du bord de l'acromion, et descend à un pouce environ au-dessous du niveau du col de l'humérus, coupant la peau, et divisant en deux masses égales les fibres motrices du deltoïde. La peau du bras retirée vers l'épaule ; on forme les deux lambeaux antérieur et postérieur, en plongeant dans la commissure supérieure de la plaie, un petit couteau droit dont la pointe sort vers le bord de l'aisselle, et avec lequel on fait deux coupes obliques de dedans en dehors et en bas, de manière que les tendons du grand pectoral et du grand dorsal soient compris dans chaque section. On coupe les adhérences celluleuses des deux lambeaux, et on les fait relever par un aide : l'articulation étant à découvert, par un troisième coup de couteau, porté circulairement sur la tête de l'humérus, on coupe la capsule et les tendons. On écarte un peu la tête de cet os en dehors, et on coule le couteau à sa partie postérieure pour achever la section des attaches tendineuses et ligamenteuses de ce côté. L'aide comprime immédiatement le plexus brachial : maître du sang, on détourne le tranchant du

(1) *Voyez* la planche à la fin de cet article.

couteau en arrière, et l'on coupe au niveau des angles inférieurs des deux lambeaux.

Les succès les plus nombreux et les plus prompts, en suivant ce mode opératoire, sont dûs sans doute à sa facile exécution et à la direction longitudinale de la plaie, au rapprochement aisé des deux lambeaux, suivant le moindre diamètre de la cavité glénoïdale, à l'adhérence qui s'établit sans peine entre des parties similaires; autant de conditions que nous avons déja reconnues essentielles pour le succès de l'opération.

Après tant de travaux successifs et d'efforts combinés qui ont porté le procédé opératoire de l'extirpation du bras à un degré de perfection au-delà duquel il est peut-être difficile qu'il puisse parvenir, il a pu paraître surprenant d'entendre récemment deux chirurgiens militaires dire que ceux qui ont opéré sur le champ de bataille, sont sur-tout convaincus que de grandes difficultés s'opposent encore à l'ablation totale du bras. On sait que ces chirurgiens ont proposé un nouveau mode opératoire par lequel, disent-ils, ces difficultés qui les ont souvent embarrassés, et auxquelles ils ont long-temps réfléchi, n'en sont plus pour eux.

M. le docteur *Emery*, comme eux chirurgien militaire, particulièrement formé à l'Ecole du chirurgien célèbre que nous avons déja nommé, surpris que ces deux Messieurs regardent comme des obstacles jusqu'alors très-grands, la section de la capsule articulaire, la douleur et les difficultés qui accompagnent cette partie de l'opération, a entrepris de combattre leurs principes hasardés, et ne trouvant pas que

le procédé nouvellement proposé soit ni aussi parfait, ni aussi complètement applicable à tous les cas que ses inventeurs veulent le faire entendre, il a composé sur cette matière le Mémoire dont la Société nous a chargés de lui rendre compte, et d'où nous avons tiré le précis que nous venons de présenter, sur l'histoire de l'amputation du bras dans l'article, et les conditions requises pour constituer un bon procédé opératoire.

Après avoir fait connaître succinctement celui proposé par MM. *Lisfranc* et *Champesme*, M. le docteur *Emery* s'applique à démontrer que les inconvéniens dont il est accompagné l'emportent sur les avantages dont ses Auteurs le disent pourvu : savoir, la promptitude extrême dans l'exécution, et l'absence des douleurs dans la section de la capsule articulaire. C'est ainsi, par exemple, que le gonflement des parties molles empêche souvent de reconnaître, d'une manière précise, l'apophyse coracoïde, et qu'il devient fort difficile alors de pénétrer dans l'espace déterminé où le couteau doit être introduit. — Parmi les maladies qui exigent l'extirpation du bras dans son articulation avec le scapulum, il en est, comme les tumeurs blanches, soit rhumatismales ou scrophuleuses; le *spina-ventosa*, les grands fracas de l'articulation, et sur-tout quand le corps étranger est resté dans la plaie, où il devient impossible de mettre en usage le procédé proposé. (Qu'il nous soit permis de profiter de cette occasion pour faire sentir combien il est différent d'exécuter certains procédés opératoires dans des amphithéâtres, sur des cadavres dont les membres sont

dans un état d'intégrité parfaite, ou de les pratiquer sur des sujets vivans chez lesquels les parties sont toujours dans un état pathologique qui en change les rapports, la conformation, et rend difficiles, et même impossibles, les moindres mouvemens qu'il faudrait leur imprimer.) — En outre, il en résulte un lambeau supérieur et un inférieur, séparés l'un de l'autre par le plus grand diamètre de la cavité glénoïdale, ce qui met un obstacle à leur réunion immédiate. De plus, le lambeau supérieur est dentelé; sa base mince et étroite est exposée à tomber en gangrène, ce qui accroîtra t la difficulté de la cicatrisation de la plaie. Enfin il faut, comme dans le procédé de *Lafaye*, maintenir le lambeau inférieur relevé pour le rapprocher du supérieur, ce qui, ainsi que nous l'avons fait sentir, a de grands inconvéniens, en favorisant le séjour du pus. Ces imperfections essentielles du procédé de MM. *Lisfranc* et *Champesme*, font penser à M. *Emery* que l'on doit accorder moins d'importance qu'on ne l'a fait aux avantages que ses inventeurs lui supposent; et d'abord celui d'éviter au blessé les douleurs qui résultent dans les procédés ordinaires de la section de la capsule fibreuse et des tendons qui environnent l'articulation, est purement illusoire; on n'ignore plus que le système fibreux est dépourvu de sensibilité animale dans l'état naturel. La difficulté de la section de la capsule ellemême n'est nullement fondée, et n'a probablement jamais arrêté un praticien tant soit peu exercé. Enfin, M. *Emery* fait observer judicieusement que la promptitude étonnante avec laquelle les deux Auteurs pratiquent l'a-

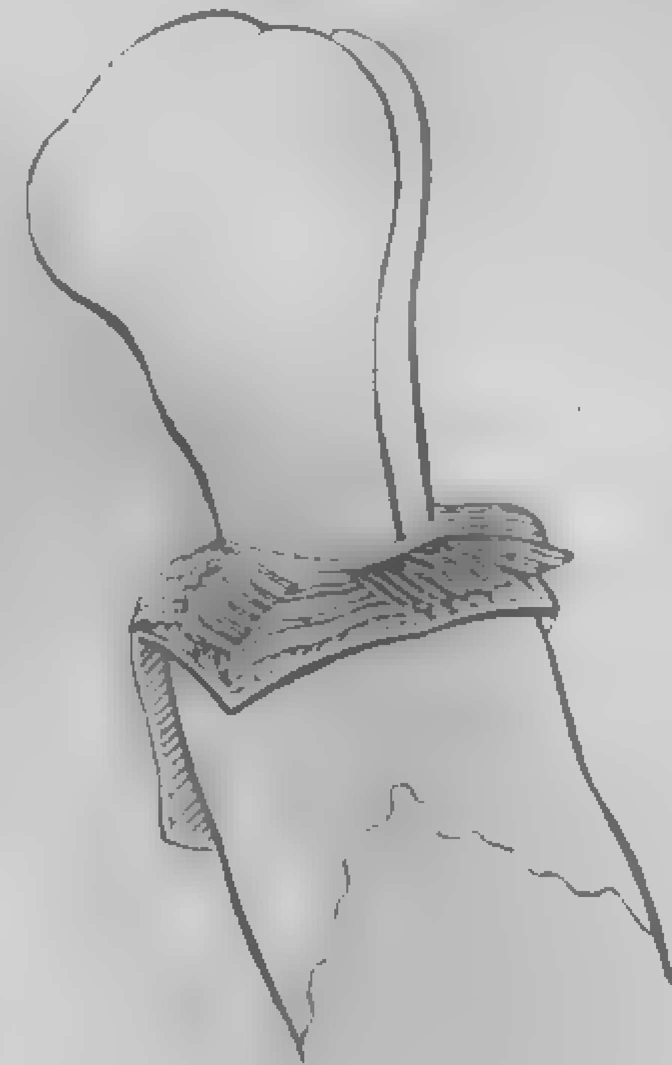
blation du bras, est bien propre à éblouir les yeux des spectateurs, mais est d'une moindre importance dans le fond, puisque tant de défauts essentiels sont attachés à ce mode opératoire, et que pour le chirurgien vraiment habile, *bien opérer vaut mieux qu'opérer vîte*. D'ailleurs, avant de prononcer que le procédé proposé est de beaucoup supérieur à tous les autres connus jusqu'à ce jour, il semble convenable d'attendre qu'il ait reçu la sanction sûre, mais toujours lente de l'expérience. De plus, ne perdons point de vue, comme le dit fort bien M. *Emery*, qu'il n'est rien d'absolu en chirurgie comme en médecine, et que le meilleur procédé doit souvent faire place à un autre moins parfait et plus approprié à l'état du malade, ou qui est plus constamment suivi d'un succès complet. Sur-tout n'oublions pas que l'on ne doit se déterminer à pratiquer l'amputation du bras dans l'article, que lorsqu'on ne peut pas même conserver au malade le plus petit moignon par l'opération pratiquée dans la continuité du bras.

Nous pensons que le travail de M. *Emery*, son zèle et ses connaissances en médecine, lui donnent des titres suffisans pour que la Société Médicale d'Emulation l'admette au nombre de ses membres.

Procédé opératoire du B.on Larrey.







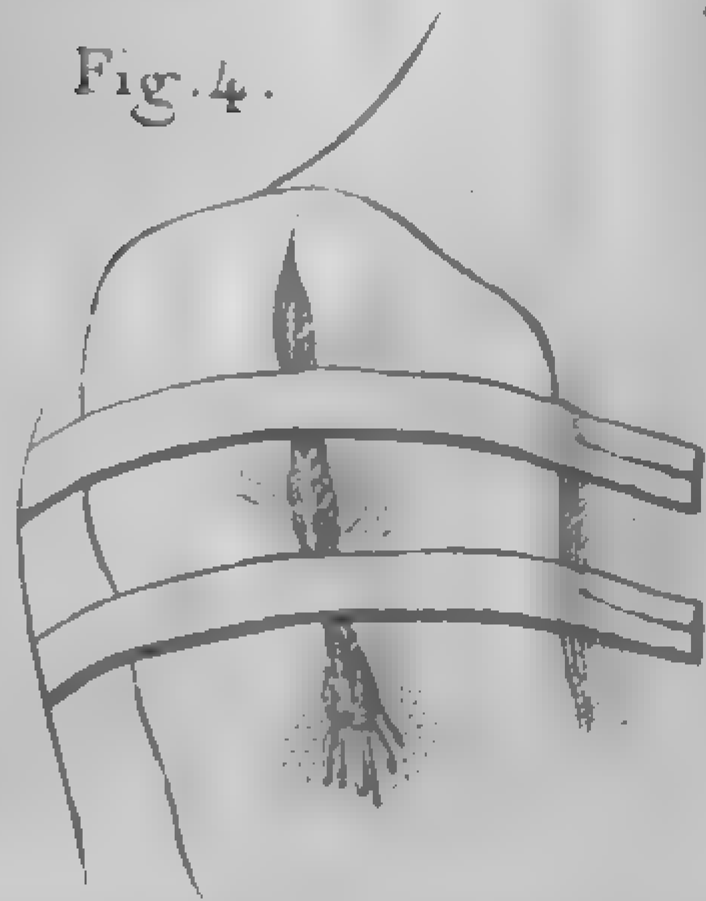


Fig. 1. *Premier tems de l'opération, Couteau en position pour former les lambeaux.*

Fig. 2. *Tête de l'Humerus après sa désarticulation revêtue de sa capsule et lambeaux renversés.*

Fig. 3. *Résultat de l'opération représentant la coupe des Muscles et les ligatures.*

Fig. 4. *Réunion des lèvres de la plaie obtenue à l'aide des Bandelettes agglutinatives, les bouts des ligatures sortant par la goultière.*

RAPPORT

FAIT PAR MM. *Magendie* ET *Villermé*, SUR UN MANUSCRIT INTITULÉ :

Mémoire sur quelques points encore obscurs de la gonorrhée.

Par M. Lisfranc-de-St.-Martin, ex-médecin de première classe aux armées, docteur en médecine, ancien chirurgien interne à l'Hôtel-Dieu de Paris, etc.

L'Auteur de ce Mémoire s'est proposé d'éclaircir plusieurs points de doctrine qui sont encore en litige.

Le premier a pour objet l'identité plus ou moins fréquente du virus de la vérole et de la gonorrhée; le second, le siège précis de cette dernière affection; le troisième, l'ulcération ou la non-ulcération de la membrane muqueuse uréthrale, et la nature du liquide qu'elle émet lors d'une blennorrhagie.

Dans l'examen de la première question, la plus importante sans doute, M. *Lisfranc-de-St.-Martin* cite les opinions différentes d'un grand nombre de médecins qui ont été ou sont justement célèbres. Nous pensons que c'était à l'aide du flambeau de l'observation qu'il fallait chercher la vérité, plutôt que de rapporter ce que chacun a vu à travers le prisme de sa prévention.

Quatre observations qui sont particulières à l'Auteur, nous paraissent trop peu complètes pour qu'elles puissent faire conclure quelque chose. Ne savons-nous pas combien il faut être ici particulièrement en garde contre les histoires que nous font les malades sur la manière dont ils ont contracté leur maladie ? Nous connaissons telle observation que l'on a publiée d'une infection générale, gagnée par une très-chaste femme dont le mari, qui la lui a communiquée, n'avait et n'a jamais eu qu'une simple blennorrhagie ; mais il est une circonstance que l'on n'a point dite, parce qu'on l'ignorait ; c'est que cette dame avait un commerce avec un militaire. Or, quelque temps avant l'apparition de l'infection de sa maîtresse, ce même homme consulta l'un de nous sur une blennorrhagie et sur un petit chancre au gland dont il était porteur.

C'est là l'histoire d'un bon nombre d'observations de ces syphilis qui se sont manifestées à la suite du coït entre une personne saine et une autre qui n'a jamais eu que des symptômes de blennorrhagie. Nous ne prétendons pas détruire toutes les observations qui semblent constater une semblable infection : parmi les faits positifs qui l'établissent, nous en connaissons particulièrement plusieurs récemment consignés dans différentes productions, dont les Auteurs, qui sont de la connaissance de l'un de nous, lui ont avoué avoir été les sujets.

Nous croyons avec M. *Lisfranc-de-St.-Martin*, et bien d'autres, qu'il y a des gonorrhées dont la nature est syphilitique ; nous pensons également qu'il est d'abord impossible de les distinguer de celles qui ne le sont pas,

et que le développement consécutif des symptômes généraux est le seul caractère distinctif que l'on puisse établir entre elles ; mais nous sommes loin d'admettre qu'il faille traiter indistinctement, ainsi qu'on semble l'insinuer dans le Mémoire, toutes les blennorrhagies comme des véroles. Nous en appelons à la pratique de tous les médecins. Voici comment s'explique l'Auteur : « Nous pensons d'ailleurs que » la distinction de la gonorrhée en syphili- » tique et non-syphilitique, a été et sera dans » l'état actuel de nos connaissances, beaucoup » plus nuisible qu'utile : l'administration du » mercure dirigée par une main habile, est » sujette à peu d'inconvéniens ; l'existence » méconnue du virus vénérien dans l'écono- » mie est d'autant plus dangereuse qu'elle mine » sourdement, et qu'à l'époque souvent ter- » rible de l'explosion, les symptômes sont au- » dessus des ressources de l'art. »

Nous croyons cette dernière assertion exagérée.

Quel est, ou plutôt quels sont les sièges de la gonorrhée? Telle est la seconde question que M. *Lisfranc-de-St.-Martin* s'est proposé d'éclaircir en rapportant ce qu'il a observé.

A l'hôpital Saint-Louis, il a remarqué sur les cadavres d'un grand nombre d'hommes qui ayant une gonorrhée, contractaient une fièvre adynamique à laquelle ils succombaient, que l'urètre était tantôt enflammé dans toute sa longueur, tantôt à sa partie moyenne seulement, et d'autres fois à sa partie postérieure. « Le plus » ordinairement le catarrhe uréthral débutait » dans la fosse naviculaire ; au 12.e jour, il » s'étendait jusqu'au bulbe ; au 20.e environ,

» il atteignait la portion membraneuse et quel-
» quefois le col de la vessie. A une époque plus
» éloignée, quelques points du canal étaient
» plus particulièrement malades..... Il y avait
» quelques cas où certains points étaient isolé-
» ment affectés. » L'ouverture des cadavres de trois hommes morts au 5.e jour de l'écoulement blennorrhagique, et qui avaient déjà eu plusieurs inflammations de l'urètre, fit voir que toute la membrane muqueuse uréthrale avait été le siège de l'inflammation.

Suivant l'Auteur du Mémoire, la douleur que détermine la pression promenée à la face inférieure de la verge et sur le périnée, indique assez bien le lieu où le catarrhe siège et celui où il se termine.

Voilà des faits aperçus par les sens, et dont le résultat est incontestable : ils sont, en général, fortifiés par les assertions des Auteurs les plus respectables, auxquelles ils donnent encore plus de poids.

Y a-t-il ou n'y a-t-il pas d'ulcérations à la membrane muqueuse uréthrale lors des gonorrhées? M. *Lisfranc-de-St.-Martin* a observé ces ulcérations un grand nombre de fois, et il cite en outre, en faveur de leur fréquence, plus grande qu'on ne le croit communément, le résultat d'observations que lui a communiquées M. le professeur *Dupuytren*. Nous regrettons que l'Auteur ne se soit pas étendu sur ce point intéressant de pathologie, qui, d'après les observations de plusieurs, et notamment du docteur *Swédiaur*, se rattache beaucoup à l'histoire de l'identité du virus de la vérole et de la blennorrhagie.

M. *Lisfranc-de-St.-Martin* paraît regarder

le pus comme ne pouvant être produit que par des surfaces ulcérées.

Voici ce que pense un des rapporteurs à ce sujet :

On ne s'entend pas toujours sur la signification du mot *pus*. Les uns n'appellent de ce nom que la matière résultant d'une violente inflammation, et qui se présente avec des caractères qui ne permettent jamais qu'on la confonde avec les autres fluides ; elle est fournie, selon eux, par des surfaces ulcérées, ou par des parties dont la continuité éprouve une solution plus ou moins profonde. D'autres, donnant au mot *pus* une extension qui paraît d'abord illimitée, appellent de ce nom, et le fluide duquel je viens de parler, et toute matière produite par une perspiration ou par une secrétion à laquelle l'inflammation a fait perdre en grande partie son apparence ordinaire. Dans la manière de voir des premiers, le pus est une matière entièrement nouvelle en laquelle se convertissent les fluides qui abreuvent les parties enflammées, et le tissu dissous ou détruit de ces mêmes parties ; et, suivant les seconds, c'est aussi, que l'on m'en passe l'expression, une humeur plus ou moins déguisée ou défigurée par l'inflammation.

Chacun, d'après les idées qu'il s'est faite, assigne au mot *pus* une valeur intermédiaire à ces deux extrêmes : mais on s'accorde en ce point que la suppuration ne peut pas avoir lieu sans l'inflammation, dont elle est un genre de terminaison.

Les exemples les plus remarquables de suppuration sont, au premier examen, en faveur de l'opinion qui fait considérer le pus comme la preuve que l'intégrité du tissu des parties qui le four-

termine une surface ulcérée, une matière également puriforme.

Je demande à ceux qui prétendent que le pus ne peut être émis que par une surface érodée, ou par des parties dont l'intégrité du tissu est rompue, si les surfaces ulcérées et les plaies extérieures parvenues à cette période que l'on appelle de suppuration, qui, selon eux et tout le monde, versent du pus, offrent véritablement des surfaces alors formées par l'érosion, la destruction ou la solution de continuité des parties. Comment conçoivent-ils cette espèce de membrane provisoire formée par ce qu'on appelle ordinairement *les bourgeons charnus*, et qui est, dans ce cas, l'organe exhalant du pus?

Dans la supposition que le pus des membranes muqueuses se trouve mêlé avec la matière de leur perspiration, ou plutôt n'en soit guères qu'une modification, quels sont les faits qui portent à croire qu'il n'en est pas de même pour le pus contenu dans le tissu cellulaire? Ne doit-on pas, dans les abcès ordinaires, distinguer les débris du tissu cellulaire rompu par la collection dans laquelle ils flottent, du fluide exhalé qui la forme en très-grande partie? Est-ce plutôt dans l'épaisseur d'une lame du tissu cellulaire, que dans celle des membranes séreuses, que se forme le pus? S'il ne rompt pas les dernières, n'est-ce pas parce que leurs cavités sont incomparablement plus grandes, et qu'elles ne peuvent jamais, quelqu'abondante que soit l'exhalation, être distendues brusquement? Ne peut-on pas croire que c'est au peu d'épaisseur des membranes muqueuses, et à ce qu'une de leurs deux surfaces

nissent est rompue : dans les abcès, les lamelles du tissu cellulaire sont déchirées, détruites, écartées à l'endroit de la collection ; beaucoup de pustules offrent évidemment des ulcérations de la peau ; enfin, suivant la manière de voir de tous, un grand nombre d'ulcères au moins, et toutes les plaies que l'on appelle suppurantes, versent du pus. Mais, d'un autre côté, combien ne sont pas ordinaires les faits qui attestent qu'une substance qui a tous les caractères du pus, et qui est également le produit d'une inflammation, est exhalée par des surfaces qui ne laissent apercevoir aucune trace d'ulcération ; et, pour ne pas aller chercher des exemples hors du sujet des blennorrhagies, dans toutes, quoique la membrane muqueuse uréthrale ne soit pas ulcérée, la matière de l'écoulement a la couleur, la consistance, le toucher onctueux, en un mot, la plus parfaite apparence du pus émis par une surface ulcérée ; comme celui-ci, elle est précédée et accompagnée d'une même anomalie du ton, d'une congestion active dans la partie qui la fournit, elle contient une très-grande proportion d'albumine ; et, suivant que l'éréthisme est extrême, ou que la violence de l'inflammation est calmée, cette matière est plus ou moins abondante, et revêt tous les caractères propres à la matière que l'on est cependant convenu d'appeler pus, laquelle est fournie par les ulcères qui offrent les mêmes circonstances. Par la pression on peut souvent, sur le cadavre, faire également suinter à travers la membrane muqueuse enflammée de l'urètre, lorsqu'elle ne présente pas la moindre apparence d'excoriation, et à travers l'espèce de membrane qui

est libre, qu'elles doivent de conserver l'intégrité de leur tissu dans la plupart des inflammations où elles exhalent une matière puriforme? Que si alors on peut, par la compression, en faire suinter du pus ou une matière qui en a tous les caractères, comme on le fait pour un ulcère, c'est que le tissu des membranes muqueuses phlogosées, ainsi que le porte à croire un bon nombre de faits, se rapproche singulièrement de celui des surfaces ulcrées? Enfin, que l'ulcération perceptible à nos sens n'est pas une circonstance sans laquelle il ne puisse y avoir de pus?

L'existence d'animalcules microscopiques infusoires, constamment les mêmes dans les pus qu'a examinés le docteur *Gruithuisen* (1), pourrait-elle servir avec celle des petits grains décrits par lui, à distinguer le pus véritable des matières seulement puriformes?

Je suis porté à croire que l'aspect constamment comme grumelé que l'on peut reconnaître avec une bonne loupe dans les matières auxquelles tous les chirurgiens donnent le nom de pus, et qu'il est aussi fort souvent facile de reconnaître à l'œil nu dans celles où nagent des flocons ou grumeaux albumineux plus considérables, est un des meilleurs caractères que l'on puisse établir pour distinguer le pus nouvellement formé, des autres fluides. Le lait seul me paraît offrir une exception.

---

(1) Bulletin des Sciences Médicales, novembre 1811. —Extrait des Annales de Médecine d'Altembourg, sur un nouveau moyen de distinguer le pus du mucus, par M. *Marc*.

En géuéral, on se range maintenant du côté de l'opinion, qui fait considérer le pus comme étant aussi très-souvent exhalé par des surfaces non ulcérées ou intègres. Cette idée est mise en avant, et se trouve développée par des exemples et par quelques considérations dont il serait difficile de méconnaître la justesse dans plusieurs livres, et notamment dans des ouvrages récens qui feront toujours autorité, et qui se trouvent entre les mains de tout le monde.

Nous revenons au Mémoire de M. *Lisfranc-de-St.-Martin*, et nos conclusions sont que ce médecin a peu éclairci la question de l'identité de la gonorrhée et du virus de la vérole; mais qu'il a déterminé en général le siège de la blennorrhagie, suivant les diverses époques de la maladie, et qu'il a établi l'existence assez fréquente des ulcérations de la membrane muqueuse uréthrale lors des blennorrhagies.

RECHERCHES ET OBSERVATIONS

SUR L'EMPLOI DU PHOSPHORE DANS LES DIFFÉRENTES MALADIES INTERNES;

Par M. Daniel Lobstein, docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre de la Société Médicale d'Emulation de la même ville.

Extrait communiqué par M. Breschet.

Le phosphore découvert en 1677, par un chimiste de Hambourg nommé *Brandt*, est depuis plusieurs années l'objet d'un grand nombre de recherches et d'expériences. Des méde-

cins ont même osé l'introduire dans la matière médicale, et un assez grand nombre de résultats malheureux n'avait pas fait abandonner son emploi. Il est vrai que les mauvais effets de cette substance pouvaient en partie se rejeter sur le mode vicieux d'administration dont on s'était servi jusqu'alors. Prôné avec enthousiasme par les uns comme une panacée universelle, rejeté avec mépris par les autres comme un poison violent et incendiaire, le phosphore avait besoin d'être soumis à de nouvelles épreuves, pour que les esprits sages et non prévenus pussent savoir jusqu'à quel point l'on pouvait compter sur ses effets dans les maladies dont l'asthénie est le principal caractère. Tout le monde connaît les expériences que M. le professeur *Alphonse Leroy* a consignées dans le premier volume des Mémoires de la Société Médicale d'Emulation, et les épreuves auxquelles il s'est soumis lui-même. Quelques médecins Allemands avaient aussi publié des écrits sur cette matière, mais l'on desirait voir réunir dans un seul ouvrage tous ces faits épars. M. *Lobstein* a entrepris ce travail; il a rassemblé tout ce qui avait été dit jusque-là sur le phosphore, et il y a joint les observations qu'une pratique étendue l'avait mis à même de faire sur cette substance vraiment héroïque, lorsqu'elle est administrée par des mains sages et habiles. Après avoir tracé rapidement l'histoire de la découverte et des propriétés physiques et chimiques du phosphore, M. *Lobstein* indique les différens modes de prescrire ce médicament et les doses. Il développe ensuite ses effets sur l'organisme animal. On lira sans doute avec intérêt dans l'ouvrage

même, la description d'un typhus parvenu au plus haut degré d'intensité, et celle d'une fièvre ataxique, guéris tous deux par l'usage du phosphore. M. le docteur *Lobstein* montre dans la partie historique de ces maladies, un véritable talent d'observation. La conclusion qu'il tire de tous les faits qu'il rapporte, c'est que l'on doit rejeter les différentes préparations dans lesquelles le phosphore n'est que divisé ou suspendu dans le véhicule qui l'enveloppe, telles que les pilules, les électuaires, etc., etc., et que sa solution dans l'éther sulfurique, avec addition d'une huile distillée aromatique, paraît être la manière la plus convenable de donner ce remède, en ayant soin de commencer par un petite dose qu'on augmentera ou qu'on diminuera graduellement selon les circonstances. Tout en convenant avec l'Auteur que ce puissant tonique peut être très-utile dans les maladies où il ne faut exciter que momentanément, mais d'une manière très-intense, nous sommes forcés d'avouer que les faits qu'il rapporte ne sont ni assez nombreux ni assez décisifs pour qu'on puisse déterminer avec précision tous les cas où il pourrait convenir. Cette incertitude que présente l'ouvrage de M. *Lobstein*, provient sur-tout du luxe pharmaceutique qu'il met dans ses prescriptions. En associant au phosphore différens autres toniques puissans, il ôte souvent la possibilité de pouvoir noter les effets produits par ce dernier. Si, dans ses recherches et ses expériences ultérieures, il dégage l'administration du phosphore de tous les auxiliaires ou correctifs qu'il a cru devoir lui donner, il nous mettra à même de mieux apprécier le degré de confiance que mé-

rite ce médicament; il aura bien mérité de la science dont il aura avancé les limites; enfin, il aura atteint le but que tout médecin doit se proposer dans ses travaux; celui d'être utile à l'humanité souffrante. Cependant les praticiens liront avec intérêt la brochure de M. *Lobstein*.

OBSERVATION

SUR UNE PHLEGMASIE CHRONIQUE;

Par M. VASSAL, docteur en médecine.

L'INGRATITUDE de certains malades envers leur médecin, paraît être aussi ancienne que l'origine de la science, puisque le Père de la médecine n'a pu s'empêcher d'insérer dans ses ouvrages immortels ce précepte si connu : *Solvat* (1) *dùm dolet, nam sanus solvere nolet.* Lorsqu'avec un pareil vice du cœur un malade doué d'une imagination fertile en méchanceté, fait d'inutiles efforts pour imiter le genre de *Molière*, en laissant découler de sa plume une satyre virulente envers celui qu'il avait accablé de louanges peu de temps auparavant, la réponse du médecin devrait être le silence le plus profond, et c'est le parti que j'eusse embrassé, si l'observation qui vient d'être publiée

---

(1) Le désintéressement avec lequel *Hippocrate* exerçait la médecine, prouve combien il a dû trouver d'ingrats, pour avoir donné un pareil précepte.

dans le 17.e Numéro des Annales du Magnétisme animal, n'était point de nature à intéresser les praticiens. Cependant, loin d'imiter l'Auteur, et de prendre comme lui le ton commun du persifflage, je me renfermerai dans le style sévère qu'exige le langage médical; je releverai quelques omissions importantes, et je me ferai un devoir de déchirer le voile ridicule dont il s'est servi pour dérober aux yeux du lecteur, le nom de plusieurs confrères honorables qu'il a malignement signalés par les dernières lettres de l'alphabet.

M. *Razy*, d'un tempérament lymphatique, et d'une constitution grêle, ayant éprouvé de vives affections morales, fut atteint d'un ictère vers la fin de mars 1814. Il se contenta pendant le premier septénaire de boire de l'eau de carotte, et il réclama ensuite le ministère d'un médecin Américain, qui lui prescrivit pendant une douzaine de jours une dissolution de sel d'absynthe, dont la dose journalière fut depuis dix grains jusqu'à vingt; la disparition de l'ictère détermina ce médecin à purger son malade deux fois, et il lui prescrivit ensuite l'usage d'un élixir stomachique composé de teintures de quinquina, de gentiane et de safran, et de quelques gouttes d'élixir de vitriol aromatisé; la dose était de deux cuillerées à bouche. Dès le 2.e jour de l'emploi de cet élixir, le malade éprouva tout-à-coup de vives douleurs dans l'estomac, acompagnées d'abondans vomissemens de sucs gastriques. Dans la soirée il fut en proie à des coliques très-intenses; mais les accidens augmentèrent tellement dans la nuit du 22 avril, qu'il fut, dit-il, frappé d'un *cholera-morbus* caractérisé par des vomisse-

mens et des déjections alvines presque continuels, avec des douleurs déchirantes tant à l'estomac que dans le canal intestinal, et une fièvre assez ardente. On administra un mélange d'huile de ricin et de teinture de séné, qui fit cesser les vomissemens. Les bains, les lavemens, les frictions d'huile camphrée et de teinture d'opium, les fomentations émollientes, les potions calmantes, etc., furent inutilement employés pour diminuer l'irritation de la membrane muqueuse du canal intestinal.

Le 23 avril, le malade réclama le ministère de M. le docteur *Reis*. Les changemens que cet excellent praticien fit au traitement, furent le petit-lait avec addition de terre foliée de tartre. La fièvre ne tarda pas à céder, et le malade fut de nouveau purgé. Tous les accidens diminuèrent graduellement, et la convalescence commença dès les premiers jours de mai; la santé parut rétablie jusqu'au milieu de juillet, où les mêmes accidens se développèrent à la suite d'une vive impression morale, et surtout après avoir pris une glace au verjus. M. *Reis* qualifia cette rechûte d'affection bilieuse; il joignit aux délayans l'eau de chaux, que le malade prenait dans les boissons ainsi que dans les lavemens. Il prescrivit ensuite les eaux de Seltz, et enfin celles de Vichy, mais les unes et les autres étaient coupées avec du petit-lait. L'air de la campagne fut également conseillé au malade, qui, depuis cette rechûte, fut dans un état valétudinaire presque continuel, puisqu'il eut fréquemment d'abondantes déjections alvines accompagnées de violentes coliques, et d'un ballonnement de l'abdomen très-douloureux. Ces accidens se renouvelaient au moins deux fois par semaine.

Le 28 août, je vis le malade pour la première fois, et après l'avoir examiné attentivement je traçai la consultation suivante :

En explorant attentivement tous les viscères abdominaux, j'ai trouvé à la partie inférieure et droite du ventre, un corps rénitent qui paraît jouir d'une excessive sensibilité, puisque la moindre pression détermine des douleurs vives que le malade éprouve aussitôt. Tout me porte à croire que la partie affectée est une portion de l'intestin iléon, de manière que je pense que l'état maladif est une phlegmasie chronique, dont l'intensité est souvent augmentée, soit par la qualité des alimens, soit par l'action de toute liqueur alcoolique. La cause primitive de cette inflammation me paraît dépendre du *cholera-morbus* dont le malade a été atteint, et qui fut déterminé chez lui par un traitement médical très-incendiaire.

Ces phlegmasies chroniques avaient échappé à la perspicacité des anciens; nous en devons la connaissance aux modernes, et particulièrement au docteur *Broussais*, qui en relate une foule d'exemples dans son excellent ouvrage sur ce genre de maladies.

Les symptômes caractéristiques de la maladie de M. *Razy*, sont :

1.° Un point très-douloureux par la moindre pression, lequel se trouve situé entre l'épine antérieure et inférieure de l'os des îles du côté droit, et la branche horizontale du pubis.

2.° Le développement de coliques; et alors on observe un gonflement très-sensible et assez considérable au lieu que j'ai déja cité.

3.° Une chaleur vive et mordicante dans la paume des mains, avec agitation dans le

pouls, sont les indices de plusieurs accès d'une fièvre erratique, mais dépendante de l'inflammation intestinale.

4.° Enfin, le *facies* du malade, son teint d'un blanc jaune, et une espèce de mélancolie ou d'inquiétude continuelle, décèlent l'existence d'une affection organique.

Les émolliens en bains et en fomentations, les boissons mucilagineuses, les calmans à l'intérieur, le repos, et des alimens doux et d'une facile digestion, furent les moyens que je conseillai.

Le 2 septembre, je remis cette consultation à M. *Razy*, en le priant de la soumettre aux lumières de M. *Reis*, son médecin ordinaire, afin qu'il pût s'assurer lui-même du caractère de la maladie que j'avais signalée, et pour qu'il fût à même d'approuver ou d'infirmer le traitement que j'avais tracé.

Le 12 septembre, M. *Razy* réclama mon ministère; il me fit part que M. *Reis* n'avait rien voulu changer aux moyens que j'avais prescrits; qu'en conséquence, il m'accordait entièrement sa confiance; mais la chronicité et le caractère de sa maladie, l'incertitude de la durée du traitement, le brusque abandon que le malade faisait de son médecin sans motif légitime, me déterminèrent à déclarer à M. *Razy* que je ne lui donnerais des soins assidus qu'autant qu'il appellerait un médecin-consultant qui, après avoir pris connaissance de son état, déterminerait si le traitement était convenable.

Le malade suivit de suite le régime que j'avais indiqué; et le 16 au soir, après avoir

éprouvé de vives coliques, il eut une espèce de syncope accompagnée d'un froid glacial et d'une sueur visqueuse sur toute l'habitude du corps; il se présenta à la garde-robe, et il rendit environ quatre onces d'un pus ichoreux et fétide, ce qui diminua le volume de la tumeur.

Le 18, il revint de la campagne, et le 22 M. le docteur *Bayle* fut appelé en consultation. Cet habile praticien, dont la modestie cache l'étendue de ses lumières, lut ma consultation très-attentivement. Il explora ensuite l'abdomen avec un soin scrupuleux, et il déclara qu'il existait une tumeur avec adhérence à la partie antérieure de la fosse iliaque droite; qu'elle était oblongue et située transversalement; qu'il lui paraissait probable qu'elle était formée aux dépens d'une portion de l'intestin iléon. Nous dissertâmes ensuite pour savoir quelle était la membrane intestinale où résidait l'affection, et nous pensâmes que ce devait être sur la membrane péritonéale, attendu qu'il n'y avait pas de constipation; que les évacuations alvines n'étaient point douloureuses, et que la tumeur jouissait d'une excessive sensibilité dans tel moment qu'on l'explorât; de manière que nous la considérâmes comme une véritable intumescence des lames qui constituent la membrane péritonéale, ainsi que du tissu cellulaire qui lie cette membrane aux autres; et nous ne balançâmes pas à annoncer que la résolution s'opérerait, mais que nous ne pouvions point déterminer l'époque, où la nature seconderait les secours de l'art. M. le docteur *Bayle* partagea ma manière de voir, tant sur le caractère de la maladie, que sur les moyens curatifs

que j'avais indiqués; aussi ne voulut-il rien changer à mes prescriptions.

Je me plais à rendre justice à M. *Razy*; il exécuta le traitement avec une obéissance scrupuleuse; et cependant le premier octobre, sans avoir fait aucun écart dans le régime, la tumeur se développa tellement qu'elle s'étendait depuis l'épine antérieure et inférieure de l'os iléon jusqu'au milieu de la branche horizontale du pubis; elle était douloureuse au moindre toucher : tout l'abdomen se ballona. Je fis appliquer six sangsues au lieu de la tumeur, et le malade fut à l'instant soulagé. Le ventre s'affaissa dès le lendemain; la tumeur était moins sensible et moins volumineuse. Il y eut plusieurs de ces rechûtes dont la cause inquiétait le malade, mais à chacune d'elles l'application des sangsues fut toujours suivie d'une amélioration satisfaisante (1).

Du 20 au 30 octobre, la maladie parut céder; le malade qui jusqu'alors avait été réduit à quatre potages par jour, mangea du pain, de la volaille, des épinards, de la chicorée, des compotes, et malgré tous ces alimens, la tumeur, dont le volume s'était élevé jusqu'à celui d'une grosse poire d'Angleterre,

(1) Le 8 octobre, le malade fit une consultation à mon insçu, car je n'en ai été instruit que par la publication de l'observation; le professeur qui fut appelé, et qui est seulement désigné par la lettre *N.*, déclara qu'il existait une tumeur dans la fosse iliaque droite, dont la nature lui était inconnue; que le traitement paraissait d'autant plus convenable qu'il fallait le continuer.

se trouvait réduite à celui d'une amande médiocre. On la pressait impunément entre les doigts, ainsi que l'abdomen, sans que le malade éprouvât la moindre douleur.

Le 2 novembre, je permis au malade de se lever quelques heures seulement; mais il se trouva si bien, qu'il resta toute la journée sur un fauteuil. Dès la nuit même il y eut mal-aise, insomnie, et le surlendemain la tumeur avait acquis presque son volume primitif; l'abdomen était balloné et sensible, l'urine rare et rouge, et le pouls fébrile; le malade fut mis à la diète; des sangsues furent appliquées, et les calmans furent de nouveau mis en usage. Je parlai de cette opiniâtre maladie à la Société Médico-Pratique, et elle désigna MM. les docteurs *Bezard*, *Fourcadelle* et *Duchâteau*, pour en prendre une exacte connaissance, et en faire un rapport dans la séance suivante. Ces trois médecins se rendirent auprès du malade; ils palpèrent l'abdomen avec soin, et même longuement; leurs recherches furent d'autant plus profondes, qu'ils voulurent s'assurer si la tumeur était véritablement adhérente à la fosse iliaque. Convaincus, par le toucher, de l'existence de la maladie, ils ne proposèrent aucun nouveau moyen médicinal; seulement ils ne furent pas du même avis sur la nature du mal.

La nuit fut agitée; le malade éprouva du mal-aise, la tumeur augmenta de volume et de sensibilité; les portions droite et gauche du colon devinrent douloureuses au toucher; le ventre se ballona, l'urine devint rouge et le pouls fébrile. Une diète rigoureuse fut observée, et les mêmes moyens curatifs furent mis en

usage, excepté le petit-lait qu'il fallut cesser; car chaque fois que je prescrivais quelqu'acide, la tumeur augmentait de volume et de sensibilité.

La continuation des émolliens sur l'abdomen, des adoucissans et des calmans à l'intérieur, ainsi que les potages amygdalés, diminuèrent tellement l'intensité des symptômes, que le ventre était souple et peu douloureux. La tumeur était réduite à plus de la moitié de son volume, lorsque le malade, fatigué de cette espèce de médecine expectante, me demanda s'il ne me répugnait pas qu'il se soumît au magnétisme. Je ne m'y refusai pas, attendu qu'il y avait une amélioration considérable dans tous les symptômes, et que par le magnétisme il n'y avait ni application, ni administration de médicamens.

Le 8 décembre, M. *Razy* fut soumis à la première séance magnétique. Les gestes du magnétiseur excitèrent d'abord le rire, mais six ou huit minutes après, la respiration du malade s'accéléra, des sanglots l'oppressèrent, et des larmes coulèrent involontairement. L'approche des mains du magnétiseur lui causait, dit-il, une sensation de chaleur et ensuite de froid, quoique parfaitement couvert et bien enveloppé. Après la séance, il prit quelques alimens, et il y eut une moiteur qui continua toute la nuit; le pouls se releva, et augmenta de quinze pulsations par minutes. Dès cet instant, le malade abandonna tout médicament; il continua à manger; les urines ne tardèrent pas à couler plus librement; des soubresauts involontaires qu'il éprouvait dans l'abdomen par le moindre bruit,

disparurent également ; les alimens furent pris indistinctement, la tumeur diminua rapidement, l'affaiblissement se dissipa, et vingt-deux séances suffirent pour la guérison du malade, car le 27 décembre je palpai le ventre très-attentivement, et je ne trouvai plus qu'un espèce de cordon d'environ trois pouces de long, et du volume d'un gros ver lombric. Le 13 février, MM. les docteurs *Bezard, Fourcadelle* et *Duchâteau*, vinrent s'assurer de la disparition complète de la tumeur, mais le lendemain, le malade fut atteint de vives coliques qui furent accompagnées d'une diarrhée qui dura plusieurs jours. Il ne manqua pas d'attribuer son incommodité à la visite des médecins, quoiqu'il sût pourtant qu'il avait copieusement dîné ce jour-là, et qu'il avait mangé de la hure de sanglier.

Réflexions. — Les cent bouches de la Renommée ont à peine paru suffisantes aux sectateurs du magnétisme, pour donner à cette observation toute la publicité qu'ils desiraient ; elle a contribué à les affermir dans leur croyance, et à leur faire considérer la médecine comme une science hypothétique que le magnétisme peut souvent remplacer très-avantageusement. Que des idées aussi dignes de pitié soient émises par un vulgaire ignorant qui s'extasie devant des phénomènes dont l'exiguité de ses facultés intellectuelles ne lui permet pas de pénétrer la cause, et que la confiance de certains malades dans le magnétisme aille même jusqu'au fanatisme, c'est l'ordinaire des esprits faibles ! Mais ces phénomènes ne sau-

raient étonner des médecins éclairés qui, habitués à lire de bonne heure dans le grand livre de la nature, connaissent ses aberrations, les causes qui les produisent, et les ressources qu'elle possède pour rétablir l'équilibre. Pour convaincre le lecteur de cette vérité, analysons rapidement l'observation de M. *Razy*.

Un ictère résultant d'un spasme prolongé ne devait exiger que les délayans, et non les amers. L'élixir excitant qui a été prescrit au malade, nous paraît être la véritable cause déterminante de *l'entérite* aiguë dont il a été atteint. Voilà donc une médecine intempestive qui a produit une maladie; mais gardons-nous d'attribuer cette faute à l'art, elle est seulement le résultat d'une fausse application de ses principes. Un praticien estimable est appelé; il saisit de suite les indications à remplir; et quoiqu'il ne fasse que la médecine symptômatique, il rétablit toujours le calme.

Le hasard m'amène auprès de M. *Razy*; l'historique qu'il me fait de sa maladie, les divers moyens curatifs dont il a fait usage, et enfin les fréquens retours des phénomènes morbides dont il est frappé, me forcent à en rechercher soigneusement la véritable cause. J'explore l'abdomen, et je l'y découvre. Dès cet instant, plus d'hésitation; la maladie est connue, ainsi que sa nature et l'art pronostique quelle en sera la terminaison. Il fait plus, il enraye la marche funeste qu'aurait pu prendre la maladie, car la tumeur aurait pu dégénérer en squirrhe, et passer peut-être à l'état cancéreux. Le traitement était si bien adapté, que tous les gens de l'art n'ont rien

ajouté ni rien retranché ; mais quoiqu'une maladie soit bien connue, et que les moyens curatifs soient bien appropriés, il faut encore le concours de la nature pour en obtenir la guérison radicale, aussi avons-nous été témoins des divers efforts qu'elle a faits pour arriver à ce but desirable. Chaque fois que nous avons vu le volume de la tumeur augmenté, nous avons considéré cet accroissement comme un effort insuffisant que faisait la nature pour opérer la résolution; elle avait besoin d'imprimer un fort mouvement à la tumeur, afin que la résorption des fluides retenus dans les mailles cellulaires s'opérât complètement, et l'exploration profonde et prolongée faite par MM. *Bezard, Duchâteau* et *Fourcadelle*, a produit ce mouvement nécessaire ; aussi la tumeur acquit-elle cette fois bien plus de volume qu'elle ne l'avait encore fait. Dès que les symptômes perdirent de leur intensité, la tumeur diminua également de volume, et nous sommes bien convaincus que la résolution se fût opérée promptement sans l'impatience du malade. Mais le charlatanisme, sous la dénomination de magnétisme, se présenta au moment où la nature ne réclamait plus qu'une augmentation d'énergie vitale pour terminer la guérison. Maintenant examinons si les phénomènes qu'éprouva le malade furent le résultat du régime tonique qu'il convenait alors de lui donner, ou s'ils furent dus à l'action d'un fluide quelconque.

Les gestes bizarres du magnétiseur excitent le rire du malade ; mais au bout de huit minutes de contention d'esprit, d'un regard fixe de

la part du magnétiseur, et d'une immobilité parfaite de la part du malade ; la respiration de celui-ci devient précipitée, des sanglots et des pleurs involontaires se manifestent. Le tempérament éminemment nerveux de M. *Razy*, explique facilement ces phénomènes, puisqu'en lui annonçant plusieurs fois qu'il guérirait radicalement, il avait les yeux remplis de larmes, que je prenais alors pour des témoignages de sa reconnaissance. Ces phénomènes nerveux n'ont eu lieu qu'à la première séance. Le passage des mains du magnétiseur sans toucher le malade, lui fait éprouver d'abord un sentiment de froid et ensuite de chaleur. Ces deux sensations sont des effets purement physiques. Chaque mouvement des mains du magnétiseur, en brisant la colonne d'air, produit ces deux sentimens opposés. Après la séance, le malade mange, s'endort, et transpire pendant le sommeil.

Cette transpiration est le résultat des alimens que le malade a pris ; elle annonce le développement des forces vitales qui avaient été seulement affaiblies par la diète et par un long repos ; l'augmentation des pulsations artérielles, l'affaissement de l'abdomen, et la libre excrétion des urines, dépendent de la même cause.

L'espèce de sommeil qu'éprouvait le malade est due à l'immobilité dans laquelle il était obligé de rester pendant trente ou trente-cinq minutes ; de manière que la résolution complète de la tumeur ne doit être attribuée qu'au rétablissement des forces vitales. La nature avait besoin d'une certaine énergie pour opé-

rer cette terminaison ; mais il fallait saisir le moment opportun où les toniques devenaient nécessaires, car l'art avait toujours à craindre le retour des symptômes inflammatoires et leur suite plus ou moins fâcheuse. La guérison de M. *Razy* prouve donc que je ne m'étais point trompé sur la nature, ni sur le caractère de sa maladie, puisque la terminaison a justifié mon prognostic; tellement que, malgré l'analyse la plus sévère des phénomènes qu'il a éprouvés depuis l'application du magnétisme, je ne vois rien qui puisse être le résultat d'une cause inconnue. Cette observation prouve seulement que la science n'est point encore parvenue à pouvoir préciser dans certaines maladies chroniques, le moment propice où il faudrait déterminer une crise artificielle, afin d'imiter la nature et d'opérer plus promptement la guérison : mais aucun des phénomènes relatés ne nous paraît dépendre de l'action d'un fluide particulier. La nature a suivi dans cette affection la marche ordinaire qu'elle suit presque toujours dans les inflammations chroniques de divers organes, tel que dans *l'hépatite*, la *métrite*, *l'entérite*, etc.

En terminant cette observation qui m'a paru curieuse par la nature de la maladie qui en fait le sujet, je me permettrai encore une réflexion. Pour que les médecins éclairés pussent s'occuper du magnétisme, il faudrait que les chefs de la secte magnétique constatassent rigoureusement son existence. Ainsi les effets constans et appréciables des fluides électrique et galvanique, attestent leur existence, puisqu'appliqués sur des individus sains ou

malades, ils produisent toujours des effets qui sont perceptibles par nos sens; tandis que le prétendu fluide magnétique n'agit, dit-on, que sur certains individus et que dans certaines circonstances maladives. Or, je demande si ce ne serait pas agir en empyrique aveugle et ignorant, que d'employer un moyen qui n'existe encore que problématiquement?

Les corollaires qui découlent naturellement des considérations précédentes, sont :

1.° Qu'une fausse application des principes de l'art, a produit la maladie de M. *Razy*.

2.° Qu'une juste application de ces mêmes principes a enrayé la marche de la maladie, en prévenant une dégénérescence funeste.

3.° Que la crise artificielle déterminée par une exploration profonde et prolongée, eût produit la résolution complète de la tumeur, si le malade avait eu encore un peu de patience.

4.° Que les divers phénomènes qu'a éprouvés M. *Razy*, et son prompt rétablissement, ne sont dûs qu'au régime tonique qu'il convenait alors de lui administrer.

TRAVAUX

DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE,

Communiqués par M. le docteur VASSAL, son Secrétaire-général, à la Société Médicale d'Emulation.

OBSERVATION

SUR UNE AFFECTION DENTAIRE ASSEZ RARE, GUÉRIE PAR UN NOUVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE;

Par M. Masse, chirurgien-dentiste.

Le 28 juillet 1806, je fus consulté par un homme âgé d'environ quarante ans, fort et vigoureux, sur une douleur insupportable qu'il éprouvait à la mâchoire inférieure, principalement du côté gauche.

Par l'examen que je fis de sa bouche, j'observai qu'il avait trente-deux dents, toutes également belles et très-fortes, sans aucune altération apparente, pas même à leur émail ni aux gencives.

Je les percutai toutes les unes après les autres, avec un instrument, afin de reconnaître celle qui paraîtrait la plus sensible; mais aucune n'éprouva de douleur particulière. Je lui fis mettre dans la bouche alternativement de

l'eau chaude et de l'eau froide, sans qu'il éprouvât plus de sensibilité dans un endroit que dans un autre.

Malgré les instances du malade, je refusai de lui ôter une dent qu'il me désignait comme la croyant être celle qui lui causait la douleur qu'il éprouvait, en lui faisant observer qu'elle était très-saine, et que son extraction ne ferait probablement pas cesser la douleur que je croyais être causée par une affection rhumatismale. Je prescrivis un bain de pied matin et soir, et un gargarisme fait avec une décoction de racine de guimauve et de têtes de pavot; je l'invitai à revenir dans quelques jours. J'eus lieu par la suite d'être satisfait d'avoir agi avec circonspection, car la dent que le malade me désignait, et qu'il voulait que je lui extirpasse, n'était précisément pas celle qui était affectée, et qui fait le sujet de cette observation.

Quinze jours après, le malade vint me voir; il m'assura qu'il avait beaucoup moins souffert. J'examinai sa bouche, que je trouvai être dans le même état que la première fois, sans aucun signe apparent d'altération; je l'engageai à continuer l'usage des moyens que je lui avais déja prescrits.

A peine douze jours furent-ils écoulés, que le malade éprouva des douleurs atroces. J'examinai de nouveau sa bouche, et j'observai un petit point d'inflammation au bord de la gencive, près du collet de la dent canine gauche de la mâchoire inférieure; et en frappant, quoique bien légèrement, sur cette dent, le malade poussa un cri perçant. J'ajoutai aux moyens déja prescrits, l'application sur la gencive, de figues grasses bouillies dans du lait.

Deux jours après, le malade se présenta chez moi dès le point du jour, et me dit qu'il avait eu la fièvre pendant toute la nuit, et que la douleur qu'il éprouvait n'était plus supportable.

En persistant dans l'intention dans laquelle j'avais constamment été de lui conserver cette dent, qui était très-belle, je lui proposai de la trépaner, espérant, par ce moyen, faire cesser la douleur, et que dans le cas où je n'obtiendrais pas ce succès, alors je la lui extirperais.

Le malade ayant accepté cette proposition, je préparai un foret d'une moyenne grosseur; je l'appliquai sur la partie externe et la plus convexe de cette dent, immédiatement au-dessous de l'émail, et le plus près possible du bord alvéolaire. En pratiquant cette ouverture, j'eus l'attention de diriger l'instrument de manière à le faire un peu plonger de haut en bas en suivant la racine de la dent, me dirigeant vers le trajet du nerf dentaire. Lorsque je jugeai que l'ouverture était suffisante, et que j'étais parvenu dans la cavité même où est logé le nerf dentaire, je retirai l'instrument. La sortie fut suivie de l'écoulement de quelques gouttes d'une humeur purulente, qui avait une odeur infecte. Dès cet instant le malade n'éprouva plus de douleur.

Je lui fis gargariser la bouche avec de l'eau tiède, à différentes reprises; ensuite j'introduisis très-légèrement un peu de coton dans l'ouverture que je venais de faire, afin d'empêcher les alimens d'y pénétrer.

Je pansai les jours suivans avec du coton imbibé d'eau-de-vie de *Gayac*.

Avant chaque pansement, je faisais gargariser la bouche avec de l'eau aiguisée de quelques gouttes d'élixir.

Malgré ces précautions, il s'est fait un petit suintement pendant près d'un mois, époque à laquelle je remplis exactement le petit trou avec des feuilles d'or.

J'avoue que c'est la première fois que j'ai eu l'occasion de faire cette opération, et je crois qu'elle peut être pratiquée avec succès dans les mêmes circonstances, c'est-à-dire, toutes les fois que la bouche et les gencives sont sans altération, les dents sans carie, et sur-tout lorsque celle sur laquelle il conviendra d'opérer, n'aura qu'une seule racine, car sur les dents qui en ont deux ou trois, et quelquefois quatre, peut-être cette opération n'aurait pas un succès aussi facile, par la raison que chacune des racines étant également pourvue d'un nerf, les difficultés pourraient être plus multipliées et plus difficiles à vaincre; cependant comme cette opération n'est pas fort douloureuse, je n'hésiterai pas à l'employer, même dans ces dernières circonstances.

OBSERVATION

Sur une goutte sereine périodique paraissant dépendre de l'état de grossesse ;

Par M. Bezard, docteur en médecine.

Madame *Pivert*, âgée de quarante ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament bilioso-sanguin, était mère de huit enfans, sans avoir éprouvé le plus léger accident. Elle devint grosse pour la neuvième fois, et pendant les premiers temps de la gestation, sa santé continua d'être dans le meilleur état; mais parvenue au cinquième mois de sa grossesse, elle se plaignit tout-à-coup, sans cause connue, d'une douleur profonde à l'œil droit. Cette douleur ne se manifestait par aucun signe extérieur; la malade n'éprouvait point de chaleur dans cet organe; l'examen ne laissait apercevoir ni rougeur, ni larmoiement; il y avait seulement de fortes pulsations au fond de l'orbite, des élancemens vifs et fréquens accompagnés de bluettes passagères et d'erreurs de vue : une céphalalgie frontale se faisait ressentir avec embarras et pesanteur à la racine du nez. Bientôt les rayons lumineux n'irritèrent plus la rétine; l'œil devint insensible au contact du doigt, et la malade pouvait fixer le soleil sans provoquer d'ébranlement à cet organe, qui d'ailleurs conservait sa forme et sa transparence naturelles.

Plusieurs semaines se passèrent avec une insomnie continuelle. Une saignée du bras qui

calma légèrement les accidens, fut le seul moyen curatif employé.

L'accouchement se termina heureusement, et quelques jours après, cette dame aperçut la lumière avec l'œil qu'elle croyait perdu; ensuite elle distingua les objets éclairés. Cet état se soutint, s'améliora même, lorsqu'au bout de dix-huit mois, une dixième grossesse se manifesta. A la même époque qu'à la précédente, c'est-à-dire, au cinquième mois, de nouvelles douleurs se firent ressentir au même œil avec plus d'intensité; elles étaient accompagnées d'une céphalalgie frontale qui prit un caractère périodique commençant tous les jours à cinq heures du soir, et se terminant au bout de sept ou huit heures par une sueur abondante. Tous les deux jours il y avait augmentation d'intensité dans le paroxysme.

Ce fut à cette époque de la maladie que cette dame vint me consulter; elle m'apprit que depuis quelque temps l'œil gauche faiblissait tous les jours, mais sans y ressentir de douleurs; qu'elle ne voyait que pour guider sa marche, et ne distinguait plus les objets; qu'on lui avait appliqué derrière les oreilles et à la nuque des vésicatoires qu'elle n'avait pu supporter, parce que l'irritation qu'ils produisaient lui occasionnait de fréquentes syncopes qui étaient également provoquées par le seul usage d'une boisson spiritueuse.

Considérant l'état de cette dame comme voisin d'une cécité complète, il fixa toute mon attention. Au premier aspect, les yeux paraissaient sains; mais, par un examen exact, on s'apercevait que la pupille de l'œil droit était plus dilatée que celle de l'œil gauche; que

ses mouvemens étaient nuls, et que l'organe entier était insensible au contact du doigt; que la pupille de l'œil gauche avait déja perdu sa forme naturelle, et que ses mouvemens étaient ralentis. La céphalalgie dont j'ai parlé plus haut revenait tous les soirs, se terminait par une sueur assez abondante, et pendant l'accès, au lieu d'être plus fort et plus accéléré, le pouls était lent et concentré.

La malade, comme on vient de l'entendre, se trouvait entre les cinquième et sixième mois de sa grossesse; cet état exigeait donc que le traitement curatif fût modifié de manière que le fœtus n'en souffrît point. J'étais bien convaincu que l'accès qui revenait périodiquement tous les soirs, et qui était accompagné de violentes douleurs de tête, disparaîtrait par un émétique administré deux heures avant le moment où il se manifestait; mais j'avoue que les secousses plus ou moins fortes que ce médicament pouvait produire, me donnèrent des craintes, et je n'osai le prescrire. Quoique je n'ignore pas que quelques praticiens modernes prétendent qu'il ne faut point avoir égard à la grossesse lorsqu'il y a une indication qui réclame l'emploi du vomitif, parce que, disent-ils, l'émétique ne peut produire une action assez forte sur l'utérus, même dans les commencemens de la gestation, pour opérer une fausse-couche; il y a tant d'exemples contraires à cette opinion, que je ne suis point encore assez hardi pour suivre cette méthode dans ma pratique.

Je me bornai donc à produire un dégorgement local, en appliquant des sangsues aux paupières et aux tempes: ensuite, après avoir

convenablement préparé la malade, je lui prescrivis deux légers purgatifs, après lesquels je la mis à l'usage d'un opiat fait avec le quinquina, la valériane, la rhubarbe et le sulfate de potasse. Extérieurement je pratiquai un séton à la nuque, et je fis des fumigations sur les yeux, en répandant sur de la braise de la résine de *Benjoin*. La fumée était reçue dans un entonnoir dont l'extrémité se trouvait dirigée sur les organes malades.

Après un mois de ce traitement, l'œil gauche avait repris la plénitude de ses fonctions; mais l'œil droit ne donna aucun signe qui pût annoncer qu'il était sensible aux rayons de la lumière; il restait encore comme fort incertain qu'après l'accouchement le relâchement de l'appareil nerveux produirait sur cet organe l'effet avantageux qui avait eu lieu après la précédente grossesse. Cet espoir fut trompé; l'accouchemement se fit naturellement, et l'œil droit conserva le même état d'insensibilité.

Au moment de l'accouchement, je fis cesser les remèdes internes, et le séton fut seul conservé.

Depuis trois ans, cette dame a conservé toutes les facultés de l'œil gauche, et jouit en outre d'une très-bonne santé.

Ce fait de pratique laisse nécessairement quelques questions physiologiques à résoudre; car, 1.° comment la dilatation de l'utérus a-t-elle pu suspendre momentanément les facultés de l'œil droit, et par quelle raison a-t-il ensuite recouvert une partie de ses fonctions, lorsque l'utérus est rentré dans son état naturel?

2.° Pourquoi les mêmes accidens renouvelés à une seconde grossesse, ont-ils produit la perte totale de cet œil, malgré les remèdes employés?

3.° Par quel motif l'œil gauche a-t-il d'abord conservé l'usage de toutes ses fonctions pendant l'état morbide de l'œil droit, et qu'ensuite il a été affecté d'une manière assez grave sans que la malade éprouvât cette douleur qui a constamment existé dans le fond de l'orbite du côté droit?

J'abandonne à la sagacité des lecteurs la solution de ces questions.

De l'Imprimerie de MIGNERET, Imprimeur du Journal de Médecine, rue du Dragon, F. S. G., N.° 20.

BULLETIN

DE

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Rédigé par M. BRESCHET, Secrétaire-général de cette Société (1).

N.° VI. — JUIN 1815.

RAPPORT

FAIT PAR MM. *R. CHAMSERU* ET *CHAPOTIN*,

Sur une brochure ayant pour titre : *Mémoire sur les* Augustines, *ou nouveaux chauffe-pieds économiques*, pour lesquels il a été obtenu un brevet (2). 20 pages *in*-8.° Paris, 1815.

ON connaît les inconvéniens dont les chaufferettes ordinaires sont susceptibles. L'Auteur

(1) C'est chez ce médecin, (place du Pont-Neuf, N.° 15), qu'on doit adresser, *francs de port*, les mémoires imprimés ou manuscrits, les observations et tous les ouvrages de médecine qu'on desirera présenter à la Société, ou faire insérer dans son Bulletin.

(2) Ce Mémoire, ainsi que les Augustines et une ins-

des nouveaux chauffe-pieds s'est appliqué, avec un plein succès, à en assurer l'usage le plus commode et le plus sain, à l'aide d'une petite lampe de chaleur qui compose tout le foyer. Cette lampe est tellement bien ajustée, qu'elle ne peut vaciller. On a également obvié à ce que l'huile ne vînt à se répandre, et la mêche doit toujours rester fixée au niveau convenable, pour ne pas donner la moindre fumée.

Le matin, quand on veut préparer une augustine, on n'a besoin que d'essuyer la lampe et son couvercle, d'ajouter l'huile nécessaire, et de hausser très-peu la mêche après en avoir ôté le charbon. On allume ensuite, et en moins d'une demi-heure la chauffrette commence à être chaude : l'augmentation plus sensible et suffisante de la chaleur est marquée, au bout de quarante minutes, pour se maintenir au même degré jusqu'au soir.

Le Mémoire roule sur plusieurs autres soins de détail facile à comprendre et à pratiquer : le même moyen qui tout le jour a garanti du froid des pieds, fournit pour la nuit un bain de sable tout chaud renfermé hermétiquement dans le couvercle de l'augustine ; il suffit d'enlever ce couvercle et de le placer au fond du lit, avec bien plus de sûreté qu'une brique, un moine ou une boule d'eau.

Mais un usage aussi ingénieux qu'utile des nouveaux chauffe-pieds, consiste à procurer aux malades tout le service d'une veilleuse,

---

truction de six pages sur la manière de s'en servir, se débitent rue du Paon, N.° 8, hôtel de Tours, près l'Ecole de Médecine.

afin d'administrer des liquides qui peuvent avoir besoin de chauffer ou même de bouillir, suivant les préparations domestiques, ordonnées par le médecin, soit aussi que l'on ait à exécuter des fumigations ou des bains de vapeurs. Ce dernier appareil s'ajoute en supplément à ce qu'on nomme *doubles* chauffe-pieds, qui, de même que les simples, peuvent encore faire office d'étuve, propre à sécher et à chauffer du linge de corps pour changer.

Toutes ces commodités sont de ressource en voyage, même sans sortir de la voiture où l'on s'est précautionné d'une augustine. On donne à ce meuble d'appartement la forme d'un tabouret, d'un pupître de pieds, d'une chancelière, avec toute l'élégance que l'on juge à propos d'y ajouter. L'Auteur de cette construction, aussi solide que bien réfléchie dans ses différentes applications, est l'épouse d'un médecin célèbre, M. *Chambon de Montaux*; distinguée elle-même par son goût pour les arts, et par un bon Traité de l'éducation des abeilles.

Nous terminons l'annonce de son Mémoire par indiquer, 1.° les prix variables des chauffe-pieds les plus simples aux plus ornés, depuis quinze francs jusqu'à soixante, et au-delà; 2.° la préférence à donner aux mèches cirées, à l'huile de pied de bœuf et au briquet oxigéné, pour allumer les augustines. Tous ces objets se trouvent au même entrepôt.

OBSERVATION ET RÉFLEXIONS

SUR UN EMPOISONNEMENT PAR L'OPIUM,

Adressées à la Société Médicale d'Emulation, par M. CHARLES PORTA, médecin à Rome; et traduites de l'italien, par M. GILBERT BRESCHET.

UNE dame âgée de vingt-deux ans, douée d'une très-bonne constitution, mère de deux enfans, et enceinte de trois mois, avait quelques chagrins domestiques. Un soir qu'elle donnait tranquillement ses soins à son fils aîné, elle éprouva des nausées, des tournoiemens de tête, et quelques mouvemens convulsifs dans le bas-ventre. Ses parens lui firent prendre une limonade à la glace (*sorbetto di limone*), qui parut calmer les nausées pour quelques instans. Mais bientôt survinrent les symptômes hystériques les plus prononcés, tels que coloration passagère de la face, constriction de la gorge, sentiment de globes qui montaient et descendaient dans le ventre; pouls faible, etc. Comme la nuit était avancée, on appela le médecin le plus proche qui ordonna les calmans et les lavemens, avec la décoction de camomille. Cette prescription fut ponctuellement exécutée, mais elle n'eut aucun effet avantageux; car, outre les accidens ci-dessus énumérés, la malade éprouva une grande faiblesse et eut des convulsions; son visage devint pâle, sa voix languissante, et ses yeux se renversèrent. Dans la matinée du jour suivant, on appela en consultation deux autres

médecins qui, après s'être accordés sur le caractère de la maladie, prescrivirent, outre les calmans opiacés déja employés, la décoction de quinquina pour boisson, et la poudre de cette écorce en lavemens. L'ordonnance fut suivie, mais une méprise terrible, et dont on ne s'aperçut que lorsque la malade fut rétablie, fit, du sujet de cette observation, un des cas les plus rares qui se soient jamais présentés dans l'exercice de l'art; voici ce que c'est: Quelques jours auparavant on s'était procuré trois onces d'opium en poudre destinées à un pharmacien étranger. Cet opium, renfermé dans un papier, avait été inconsidérément posé sur la table où se trouvait le quinquina que devait prendre la malade; de façon que les personnes qui la soignaient, lui donnèrent indistinctement et alternativement, la dose en tiers de ces deux substances, pendant les sept jours que dura encore la maladie. Je vais succinctement décrire les accidens qui survinrent.

Dans l'après-dîner du second jour, on commença à administrer alternativement de la décoction de quinquina et de la decoction d'opium prise pour la décoction de quinquina. La même erreur se glissa dans la préparation des lavemens. Toutes les fois que la malheureuse malade devait prendre la décoction d'opium, elle faisait des difficultés, alléguant que ce remède qui lui donnait de violentes nausées finirait par la tuer; mais les assistans la forçaient à boire, croyant suivre en cela l'ordonnance des médecins. Peu d'heures après, la malade tomba dans une perte totale de connaissance. Le pouls était à peine sensible; la périphérie du

corps presque froide. Les yeux renversés, comme nous avons dit plus haut, ne laissaient apercevoir que la sclérotique; les urines et les selles se supprimèrent entièrement; l'abdomen se contracta, la déglutition devint difficile, et le mouvement volontaire très-faible. Les medecins qui ignoraient la méprise, insistèrent sur le mode de traitement commencé, et ajoutèrent aux calmans déja prescrits, quelques grains d'opium en pilules, et l'usage d'un vin généreux. Cet état dura six à sept jours sans présenter rien de particulier, si ce n'est que la constipation augmenta, et qu'il se développa du météorisme vers le septième jour, malgré l'administration de vingt-deux lavemens. Les dix-huit premiers avaient été faits avec le quinquina, et les quatre autres avec les émolliens; mais ces derniers ne purent être introduits dans les intestins, parce que les matières fécales durcies obstruaient l'orifice du rectum. Le cinquième jour, on appliqua deux vésicatoires qui produisirent peu d'effet, et que la malade ne sentit pas. Enfin, le 6.ᵉ jour, voyant la gravité des symptômes et l'opiniâtreté de l'affection, les médecins déclarèrent que la mort était inévitable. Cependant dans l'après-dîner du 8.ᵉ jour, un autre médecin étant venu par hasard dans la maison, et voyant la désolation de toute la famille, demanda à voir la malade, ce qui lui fut accordé. Après l'avoir attentivement examinée et s'être fait raconter par les assistans, tout ce qui s'était passé, il dit qu'il croyait son état désespéré, attendu qu'elle était d'une faiblesse extrême (remarquez bien qu'il ignorait, comme les autres, la funeste méprise); mais qu'il tenterait l'application de la neige sur l'ab-

domen, pour voir si ce moyen relèverait un peu les forces. Son avis fut suivi à l'instant même en sa présence. Quelques minutes après la malade fit de légers mouvemens, soupira et tourna les yeux, ce qui rassura les assistans. Encouragé par ce résultat, le médecin ordonna un lavement à la glace qui fut administré avec peine; il produisit la sortie de beaucoup de vents, et d'une petite quantité de matières très-dures. La malade continua à jeter des soupirs, et on remarqua qu'elle remuait un peu les bras. Un second lavement à la glace fut administré plus facilement; il provoqua une excrétion abondante de matières également très-dures, et d'une certaine quantité d'urine. Alors la malade exécuta des mouvemens généraux, et dit en soupirant: « Je sens » tout ce que l'on me fait; je reconnais la voix » de ceux qui parlent, mais je ne les aperçois » pas. » On peut se faire une idée de la surprise et de la joie des assistans. Les mouvemens continuaient: on donna quelques cuillerées d'un bouillon restaurant, et au bout d'une demi-heure, le médecin fit administrer un troisième lavement, après lequel la malade dit d'une voix assez forte: « Levez-moi, je veux aller à la garde-robe. » En même temps elle se souleva elle-même en s'appuyant sur les bras, et voulut absolument qu'on la posât sur le siège: elle eut deux selles, l'une de matières dures accompagnées de beaucoup d'urines; et l'autre de matières molles, mais non liquides: elles étaient de couleur chocolat foncée, et exhalaient une odeur d'opium. Les urines étaient colorées et fort troubles. Ayant ensuite été remise au lit, la malade continua à converser

d'une manière très-intelligible, quoique sa voix fût un peu enrouée. Elle reconnaissait tous les assistans quand ils parlaient ; mais elle disait ne voir les objets que d'une manière confuse, et n'en distinguer aucuns même de ceux qui étaient le plus près d'elle. Le médecin se retira en recommandant de lui donner fréquemment du bouillon nourrissant et quelques cuillerées de vin généreux, jusqu'à ce qu'elle pût prendre des alimens solides ; il ordonna, de plus, de lui administrer pendant la nuit quelques lavemens d'eau commune. De ce moment, les forces de la malade s'accrurent de plus en plus ; toutes ses fonctions recouvrèrent leur énergie naturelle, et sa vue se fortifia dans les mêmes proportions, de sorte qu'au bout de quinze jours elle pût aller se promener ; seulement alors elle se sentait encore un peu faible.

Depuis ce temps là elle jouit d'une bonne santé. Au terme ordinaire, elle est accouchée d'une petite fille paraissant très-bien portante, laquelle cependant est morte au bout de trois jours.

Quand cette dame fut entièrement rétablie, on chercha l'opium pour l'envoyer à sa destination ; mais on ne le trouva pas ; et les femmes qui avaient soigné la malade avouèrent qu'elles le lui avaient fait prendre, croyant que c'était du quinquina.

Réflexions sur ce fait. — Comment une dose d'opium aussi forte et répétée pendant l'espace de sept jours, n'a-t-elle pas occasionné la mort ; et comment l'application du froid a-t-elle pu ranimer les forces vitales presque éteintes ? Voilà les deux considérations qui se présentent à l'esprit, quand on réfléchit sur l'observation que nous venons de rapporter.

D'abord il est certain qu'administré à la dose convenable, l'opium est un des remèdes les plus héroïques de notre art; et qu'administré à une dose trop forte, il est le plus meurtrier des narcotiques; que si quelquefois l'opium pris en grande quantité ne détermine pas la mort, cela peut dépendre ou des lois de l'habitude, ou de ce que l'effet des poisons narcotiques est toujours relatif à l'état de la fibre vivante. Je dis que cela peut dépendre de l'habitude : en effet, les Mollhas des Turcs et les Fakirs de l'Inde parviennent à prendre impunément cent, deux cents grains d'opium par jour; et on trouve dans l'histoire de la médecine, l'observation d'individus qui en ont pris une once et une once deux gros, sans éprouver le moindre accident, parce qu'ils s'étaient habitués peu-à-peu à cette substance. Mais si notre malade a vécu sept jours, en prenant par jour environ une demi-once d'opium tant en décoction qu'en lavemens, ce phénomène ne peut point être attribué à l'influence de l'habitude, puisqu'elle n'était pas accoutumée à un tel remède. Il faut donc en chercher la cause ailleurs, et, selon moi, on la trouve dans le rapport constamment observé entre les effets des narcotiques et l'état de la fibre vivante.

L'opium à dose modérée produit, chez certains individus, l'accélération du pouls, la coloration de la face, la joie immodérée, la témérité, quelquefois le délire, en un mot, tous les symptômes d'une augmentation des propriétés vitales, et d'une excitation extrême: à ces phénomènes succèdent bientôt des signes de faiblesse. Chez d'autres, l'opium diminue,

en très-peu d'instans, la force et la fréquence du pouls, ralentit les mouvemens volontaires, et enraye les fonctions des sens.

Dans les maladies inflammatoires, l'opium est manifestement nuisible, parce qu'il accroît l'inflammation. Il est, au contraire, très-efficace dans l'hystérie, l'asthme, l'épilepsie, et autres maladies de ce genre. C'est sur l'observation de ces faits que se fonda *Cullen*, quand il admit deux propriétés de l'opium, l'une stimulante, et l'autre narcotique ou sédative. Nous devons donc conclure que les effets de cette substance sont relatifs à l'état du système animal.

Cela posé, nous pouvons avancer, avec quelque raison, que l'état de la fibre de notre malade était tel, qu'elle pût supporter l'action d'une demi-once d'opium pendant sept jours consécutifs, sans que cette action, qui occasionna un affaiblissement sensible, déterminât l'inflammation de l'estomac et des intestins; et cette assertion n'est point dénuée de fondemens, car les chagrins domestiques dont cette dame était accablée depuis quelque temps ayant exalté sa sensibilité, pouvaient, par conséquent, l'avoir rendue susceptible de résister à l'impression d'un stimulant qui aurait déterminé la mort d'un autre sujet, dès le premier jour de son administration. On peut comparer ce cas à l'une des circonstances dans lesquelles la chaleur brûlante et l'humidité de l'atmosphère agissant simultanément avec un miasme d'une nature particulière, comme, par exemple, celui qui occasionne la fièvre jaune, fomentent des inflammations de l'organe secréteur de la bile et de ses dépendances, qui se

dissipent au bout de quelques jours chez certains individus, tandis que chez d'autres elles deviennent funestes en déterminant rapidement la gangrène.

L'opium pris à haute dose, comme il le fut dans le cas qui nous occupe, produit le vomissement, des douleurs abdominales, le délire, la réaction plus forte du systême artériel, l'inflammation de l'estomac et des intestins. A ces accidens succèdent, d'une manière plus ou moins rapide, la dépression du pouls, la prostration des forces, le réfroidissement des extrémités, le météorisme, la suppression des urines et des matières fécales, la léthargie, la gangrène du tube intestinal et la mort. Il est vrai qu'à l'ouverture de ceux qui succombent ainsi, on trouve sur la membrane muqueuse de l'estomac et des intestins, des taches livides et gangreneuses; mais chez le sujet de cette observation, ces organes ne se sont pas enflammés, et il ne s'est manifesté aucun signe qui annonçât une grande irritation; bien au contraire, deux heures après l'administration de la première dose, on n'a observé, jusqu'au huitième jour de la maladie, que des symptômes d'affaiblissement, une perte totale de connaissance, la faiblesse du pouls, le refroidissement du corps, l'engourdissement des mouvemens volontaires, etc. Cette diversité des effets produits par l'opium, quand il est pris à trop haute dose, dépend de la même cause qui fait qu'une dose modérée de cette substance occasionne chez les uns la fréquence et l'élévation du pouls, l'augmentation de la chaleur et de la force musculaires, la joie immoderée, etc.; et chez les autres, la dépression du pouls, la

diminution de la chaleur, la faiblesse des mouvemens et la propension au sommeil, qui fait que la même contention d'esprit maintient tel individu dans l'état de veille, et jette tel autre dans la somnolence ; qui fait enfin que la quantité de vin qui donne à celui-ci un courage téméraire, qui augmente la force de son pouls et l'énergie de ses facultés intellectuelles, engourdit les sens, ralentit la puissance musculaire et la circulation dans celui-là.

L'opium, la contention de l'esprit et le vin sont des stimulans qui agissent sur le systême nerveux, en augmentant son irritabilité et en diminuant l'action du cerveau, comme le dit positivement le célèbre *Darwin*. On observe souvent que cette augmentation de l'irritabilité des nerfs produit d'abord, en se propageant au systême artériel et à tous les autres systêmes, un accroissement considérable des propriétés de la vie ; mais si l'action de ces excitans sur les nerfs en épuise l'irritabilité avant que son influence ait pu être ressentie par les autres systêmes, alors les fonctions de l'économie s'affaiblissent. En effet, il est de nécessité que les organes languissent, quand le systême nerveux qui leur transmettait la force communiquée par les excitans, a perdu de son excitabilité. C'est ainsi que la première demi-once d'opium en agissant sur les nerfs de l'estomac et des intestins, épuisa rapidement chez notre malade la force vitale du systême nerveux, sans déterminer l'inflammation, parce que la fibre ne se trouvait point dans les dispositions requises pour que l'influence exercée sur les nerfs par le narcotique, se communiquât à l'appareil vasculaire. Les doses suivantes con-

tribuèrent, comme la première, à diminuer l'action du cerveau ; et si cette action ne fut pas entièrement suspendue, c'est que la fibre habituée à l'impression de l'excitant, par la première dose, put supporter l'impression des autres : cependant la fonction cérébrale eût été certainement anéantie, sans les prompts secours qui furent administrés. Supposez donc que, dans le cas qui nous occupe, sans accroître la réaction vasculaire, cette grande quantité d'opium épuisât très-promptement l'excitabilité du système nerveux, et, par suite, celle de tous les autres systêmes et des organes, comme alors la fibre était insensible aux excitans externes, tels que la lumière, les saveurs, les odeurs, le son, le vin, le quinquina, etc.; et aux excitans internes, tels que le calorique, le sang, la volonté, les matières fécales; on concevra facilement les phénomènes qui suivirent, c'est-à-dire, la perte de la connaissance, l'immobilité, la dépression du pouls, le refroidissement de la peau, la suppression des urines et des matières fécales, la gêne de la déglutition, la faiblesse des mouvemens, etc.

Cette hypothèse, appuyée sur des faits que nous avons rapportés, semble être encore fortifiée par plusieurs autres observations. Quelle que soit la quantité de vin qu'un homme prenne, et quelque différens que puissent être les effets de l'ivresse suivant les individus, elle produit toujours une apoplexie momentanée qui ne diffère de la maladie, sujet de cette observation, que par le degré d'intensité : cependant jamais l'excès du vin ne déterminera seul l'inflammation du tube digestif, quoiqu'il

soit maintenant hors de doute que le vin agit comme l'opium.

L'électricité convenablement appliquée accélère la circulation, augmente la contraction musculaire, en un mot, active l'exercice du cerveau ; mais si le courant électrique est trop fort, cet exercice est subitement suspendu, et l'animal meurt à l'instant même sans laisser la moindre trace d'inflammation dans aucune de ses parties. Il résulte des ingénieuses expériences de *Félix Fontana*, qu'une quantité suffisante d'opium injectée dans les veines ou dans les artères, donne la mort avec une promptitude étonnante, et cependant aucun point inflammatoire ne se développe ni dans ses vaisseaux ni ailleurs. Ce célèbre Auteur plongea la moitié du corps d'une sangsue dans une solution d'opium ; peu de temps après l'extrémité immergée avait perdu le mouvement et la vie, sans qu'on y pût découvrir le moindre vestige d'inflammation ou de gangrène. Enfin il est reconnu que les seules émanations de l'opium, lorsqu'elles sont abondantes, suffisent pour donner la mort, qui, dans ce cas comme dans les autres, n'est précédée d'aucun symptôme inflammatoire. Si donc l'électricité et l'opium peuvent anéantir, ou au moins affaiblir les propriétés vitales, sans déterminer l'inflammation, on peut s'éviter la peine de prouver que la suspension totale ou l'affaiblissement des fonctions de l'économie produit par l'opium, à haute dose, peut exister indépendamment de l'inflammation du tube intestinal.

Il nous reste à développer comment l'application du froid sur l'abdomen et sur les parois

des gros intestins, a pu ranimer les propriétés de la vie presqu'éteintes.

L'explication de ce phénomène si étonnant se déduit facilement de ce que nous avons établi, et d'après des principes de la médecine moderne. L'action continuée et trop intense de l'opium avait jeté la fibre dans un état de faiblesse indirecte en épuisant son excitabilité, et en la rendant par là insensible aux stimulans ordinaires. Le froid, qui est un être négatif; appliqué sur le bas-ventre et sur les membranes du rectum, ayant enlevé le calorique et diminué, pour ainsi dire, les stimulans de la fibre, la mit dans le cas de réparer sa vitalité presque anéantie. Dès que le systême général eut recouvré son excitabilité, il fut susceptible d'être impressionné par les stimulans ordinaires, le sang, le calorique, les matières fécales, les urines, la lumière, le vin, et autres, tant internes qu'externes; et ces agens, qui n'avaient pu produire sur la fibre l'excitation convenable, suffirent alors pour réveiller la force musculaire, pour ranimer la circulation et les fonctions des organes des sens : la malade par-là contracta les muscles, distingua les objets; la chaleur revint, la force des organes secréteurs se ranima; en un mot, toute l'économie rentra dans son état ordinaire.

OBSERVATION

SUR UNE HERNIE INGUINALE CONGÉNIALE;

Par M. VASSAL, docteur en médecine.

LA maladie dont je vais tracer l'histoire a été si bien décrite par la plupart des Auteurs, et notamment par *Jean Hunter*, qu'on ne peut plus rien ajouter à sa description ; aussi n'ai-je pas la prétention d'offrir un fait qui soit ou nouveau, ou curieux ; mais je me suis plû à croire que les praticiens me sauraient gré de leur faire connaître les moyens que j'ai employés pour obtenir la guérison d'une hernie qui, par son volume et son ancienneté, avait été considérée comme incurable : je ne me suis déterminé à publier cette observation, que parce qu'elle a rapport à un point de doctrine qui est encore en litige. En effet, les écrivains, même les plus modernes, ne sont point encore d'accord sur les moyens curatifs qu'il faut employer dans ces sortes de hernie.

L'érudit professeur *Sabatier*, dans son Traité de Médecine-Opératoire, dit formellement que quand une hernie épiplocèle est fort grosse, quoique sans adhérence, il faut se contenter de la maintenir au moyen d'un suspensoir ; car, ajoute-t il, « bien qu'absolument parlant on » puisse en réduire quelques-unes de cette espèce, » les malades sont plus incommodés qu'aupa- » ravant, soit que l'epiplocèle déplacé dont le » volume est considérable, fasse compression

» sur les autres viscères du ventre, soit que les
» parties accoutumées à la position que la her-
» nie leur a fait prendre, ne puissent plus re-
» venir à celle qui leur est naturelle, sans que
» leurs fonctions en soient troublées. »

M. le professeur *Richerand* place parmi les hernies irréductibles, celles qui sont volumineuses et anciennes, parce qu'il est rare, dit-il, que ces sortes de hernie soient sans adhérence; mais plus hardi que son respectable maître, il pense que si la hernie est sans adhérence, quoiqu'elle soit ancienne et volumineuse, et si le malade est patient, on peut en obtenir la réduction dans l'espace de vingt à vingt-cinq jours, pourvu que l'on ait soin, 1.° d'administrer chaque jour un doux laxatif; 2.° de mettre le malade à une diète sévère; 3.° de le condamner à un repos absolu. Séduit par les préceptes de ce dernier écrivain, j'en ai tenté l'application dans le cas suivant :

Le nommé *Happe*, âgé de vingt-cinq ans, cultivateur de la commune d'Osmoy, département de Seine-et-Oise, fut atteint, deux mois après sa naissance, d'une hernie inguinale du côté droit. Cette tumeur, peu volumineuse sans doute lors de son apparition, fut méconnue et négligée.

Happe se livra de bonne heure aux travaux fatigans de la campagne, et parvint jusqu'à l'âge de vingt ans sans avoir jamais maintenu sa hernie; elle avait déja acquis un tel volume, que le conseil de recrutement jugea cette maladie incurable, et lui accorda une dispense définitive de service. Peu de temps après, un chirurgien militaire voulut débarrasser le malade de son incommode affection : il opéra

d'abord la réduction complète de la hernie, et appliqua un bandage herniaire pour la maintenir. Six heures après l'application du bandage, le malade éprouva un mal-aise général; des douleurs lombaires et de vives coliques ne tardèrent pas à se faire sentir. Il survint des nausées; enfin il se manifesta des vomissemens qui se renouvelaient chaque fois que le malade buvait. La nuit fut très-orageuse. Le lendemain la fièvre se développa; les vomissemens devinrent plus fréquens; le malade rejeta même des matières stercorales; le testicule s'engorgea, ainsi que son cordon, ce qui occasionna des douleurs déchirantes. Cet appareil de symptômes alarmans effraya tellement l'opérateur, qu'il se hâta d'ôter le bandage, et il conseilla au malade de ne jamais contenir sa hernie, sans quoi il s'exposerait à périr. Cependant la tumeur herniaire gênait *Happe* presque continuellement, tant par son poids que par son volume; elle lui occasionnait de temps en temps des coliques assez vives pour le forcer à abandonner ses travaux, ce qui le détermina à se confier de nouveau aux soins d'un chirurgien des environs d'Osmoy. Mais les mêmes accidens étant survenus à la suite de l'application d'un bandage herniaire, ce chirurgien renonça à son tour à la guérison de cette maladie, et *Happe* fut condamné à conserver toute sa vie une incommodité qui devenait de plus en plus gênante.

Au commencement d'avril 1809, il se rendit à Paris, et vint me consulter pour une prétendue syphilis dont le chirurgien de son pays le soignait depuis vingt jours. (Ce n'était qu'une légère excoriation sur le gland détermi-

née par le défaut de soins de propreté.) En explorant les parties génitales, je fus frappé du volume de sa hernie; elle avait une forme ovoïde, et se prolongeait depuis l'anneau inguinal droit, jusque près de l'insertion inférieure du muscle 3.e adducteur de la cuisse. L'épaisseur du sac herniaire m'en imposa d'abord, car je pris la tumeur pour une hydro-sarcocèle; mais un examen plus attentif, et la réduction presque totale de la tumeur, ne me laissèrent plus aucun doute sur l'existence d'une hernie que je soupçonnais être un épiplocèle. Quoique le malade me fît part des accidens graves qui avaient accompagné les tentatives des deux chirurgiens qui lui avaient promis de le guérir, je conçus néanmoins l'espoir de contenir, sans inconvénient, cette hernie aussi ancienne que volumineuse. J'obtins entièrement la confiance du malade, et dès le lendemain je lui fis garder le repos le plus absolu, et pendant quatre jours. Je le plaçai ensuite dans une position horizontale, la tête très-basse, et les cuisses fléchies sur le bassin, après quoi je fis la réduction totale de la tumeur. J'appliquai sur l'anneau deux gâteaux de charpie mouillée, et par dessus plusieurs compresses également mouillées, mais je les plaçai de manière à former une pyramide renversée dont le sommet était appuyé sur l'anneau inguinal; j'appliquai autour du bas-ventre un bandage de corps soutenu par un scapulaire; je fixai au bandage de corps, l'extrémité d'une bande de dix aunes de long, au moyen de laquelle je fis un 8 de chiffre, par des circonvolutions qui entouraient le bassin et la partie supérieure de la cuisse. Chaque tour de bande pressait la base de la pyramide, et y

était fixé par une épingle. J'eus soin de serrer modérément ce bandage contentif. Le malade fut mis à une diète absolue. Je prescrivis pour boisson une décoction de laitue.

Le 2.e jour, douleurs lombaires, céphalalgie, mal-aise général, nausées, pouls élevé. (Même boisson ; potion calmante faite avec une once d'eau de laitue distillée, autant d'huile d'amandes-douces, et deux onces de sirop *Diacode*, à prendre par cuillerée d'heure en heure. Je prescrivis aussi des lavemens narcotiques faits avec des têtes de pavot.)

Le 3.e, diminution des symptômes. (Mêmes moyens.)

Le 4.e, je levai l'appareil, parce qu'une portion d'épiploon était sortie ; j'en fis la réduction, et j'appliquai le même bandage, mais je le serrai plus fortement que la première fois. Le malade n'était incommodé que par la position gênante qu'il était obligé de garder, et par quelques douleurs lombaires. La langue était saburrale, et les urines étaient rouges. Il y avait anorexie, mais point de fièvre. (Emploi des mêmes médicamens ; un bouillon coupé toutes les quatre heures.)

Les 5.e et 6.e, calme parfait. (Je permis des soupes maigres, et je supprimai la potion calmante.)

Le 8.e, je levai le second appareil, qui fut remplacé par un bandage herniaire.

Le 9.e, mal-aise général, anorexie. Le malade éprouve au testicule, et à l'anneau inguinal, des douleurs qui se prolongent jusqu'à la région lombaire. (Diète absolue ; même boisson ; même potion calmante.)

Les 10.e et 11.e, augmentation des douleurs

et du volume du testicule et de son cordon. (Application d'un cataplasme émollient.)

Le 12.e, volume énorme du testicule, sensibilité excessive, engorgement considérable du cordon, développement d'une glande inguinale. (Je fis appliquer des cataplasmes narcotiques; j'ôtai le bandage herniaire que je remplaçai par le premier bandage contentif, que je serrai médiocrement, et que je lui laissai quatre jours.) M. *Mondet*, chirurgien-herniaire, me fit deux bandages mieux conditionnés que le premier. Je lui recommandai de faire la pelote ovale, élevée à son centre, et peu garnie à son extrémité inférieure; par cette forme je pouvais contenir la hernie sans comprimer le cordon.

Le 16, tous les accidens secondaires étant dissipés, M. *Mondet* appliqua son bandage, et le malade éprouva moins de douleurs qu'après l'application du bandage.

Le 19.e, nouvel engorgement du testicule, du cordon et de la glande inguinale. Je fis couvrir ces parties d'un cataplasme narcotique qu'on renouvela toutes les trois heures. Je laissai le bandage herniaire, mais très-peu serré; l'engorgement fut stationnaire jusqu'au 26.e jour.

Le 27.e, diminution de l'engorgement; le testicule et le cordon étaient alors peu sensibles au toucher. Le malade fut mis à l'usage des alimens solides. Je serrai chaque jour le bandage d'un point, et le 35.e jour le malade put se lever et rester assis sur une chaise.

Le 40.e, il fit sa première sortie; et le 46.e, il partit pour son pays. A cette époque, le testicule était encore un peu plus volumineux

que celui du côté opposé, ainsi que le cordon; mais l'un et l'autre n'étaient plus douloureux au toucher, et aucune portion d'épiploon ne sortait à travers l'anneau. Enfin, le 60.e jour, *Happe* reprit les pénibles travaux de la campagne. Depuis lors, tout est rentré dans l'ordre naturel, et le malade n'a plus d'autre assujettissement que son bandage herniaire.

Réflexions. — La guérison de la maladie de *Happe* prouve combien il serait dangereux d'abandonner toujours aux efforts impuissans de la nature, une affection qui aurait été considérée comme incurable par des hommes du plus rare mérite; elle sert aussi à confirmer l'opinion émise par M. *Richerand;* ce qui doit autoriser les gens de l'art à tenter la réduction des hernies épiploïques, quoiqu'anciennes et volumineuses, pourvu qu'elles soient sans adhérence, car, dans ce cas, le seul moyen de guérison serait la résection de l'épiploon sorti. On peut réduire avec d'autant plus d'assurance ces sortes de hernies, qu'il serait difficile, je pense, d'en trouver une qui fût, et plus ancienne et plus considérable que celle dont je viens de tracer l'histoire. S'il arrivait pourtant que la hernie fût trop volumineuse pour être réduite en une seule fois, on pourrait n'en réduire d'abord qu'une partie; et en faisant chaque jour la réduction d'une nouvelle portion, on parviendrait sans accident à réduire le tout; car la pression du bandage sur l'épiplocèle est peu sensible pour le malade, et peut, par conséquent, être tentée sans danger. Je ferai remarquer que la compression, pour ainsi dire graduée, que j'ai exercée sur l'anneau inguinal au moyen du *spica*, a puissamment concouru

à la réussite de mon opération. En effet, ce bandage en pesant médiocrement sur les parois abdominales, n'a point augmenté l'irritation que les parties réduites déterminent sur les viscères contenus dans cette cavité. Le cordon et les vaisseaux spermatiques ont été aussi à l'abri de la pression qu'exerce toujours sur eux un bandage herniaire, lequel détermine souvent l'engorgement de ces parties, ce qui doit nécessairement augmenter l'intensité des symptômes qui accompagnent la réduction de la hernie. La douce pression du *spica* sur l'anneau suffit pour offrir un point de résistance capable de s'opposer à l'issue des parties réduites; cela est si vrai, que tant que je n'ai employé que ce bandage, le malade n'a éprouvé que de légers accidens; et j'engage les praticiens, non-seulement à se servir du même moyen, mais à laisser le bandage au moins quinze jours. Pendant ce temps, les parties réduites établissent leur domicile; les viscères abdominaux s'habituent à leur contact, le calme se rétablit, enfin tout est en harmonie: c'est alors qu'on appliquera avec avantage un bandage herniaire, dont la pression produira infiniment moins d'irritation que si on l'eût appliqué immédiatement après la réduction; ce qui fait présumer que les accidens seront alors presque nuls. J'insiste sur ce moyen préparatoire, 1.° parce que je crois être le premier qui s'en soit servi. 2.° Parce que je pense qu'il doit abréger la longueur du traitement, et épargner beaucoup de douleurs au malade. Le corollaire que je tire me paraît d'autant plus fondé, que les accidens graves et alarmans que le malade a éprouvés lors des deux pre-

mières réductions, ne peuvent être véritablement attribués qu'à l'irritation produite par le bandage herniaire; et l'on a sans doute aussi remarqué que les mêmes accidens se sont développés chez mon malade, dès que j'ai eu appliqué le bandage herniaire, ce qui m'a déterminé à donner une forme particulière à la pelote, et à ne serrer que graduellement la ceinture.

Les accidens nerveux qui se sont développés et qui doivent nécessairement accompagner la réduction de ces hernies, m'ont déterminé à faire usage des narcotiques et des délayans; j'ai cru devoir les substituer aux doux laxatifs, et le succès a couronné mon attente; et j'ose même avancer que pour obtenir la prompte guérison de ces hernies, il est indispensable de s'abstenir de tout laxatif, vu que ces médicamens n'agissant qu'en irritant plus ou moins la membrane muqueuse du canal intestinal, doivent indubitablement augmenter l'irritation abdominale produite par la rentrée des viscères *herniés*, et concourir à leur tour à aggraver l'intensité des symptômes nerveux.

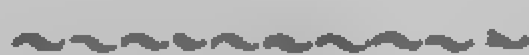
Si l'on demande maintenant pourquoi les tentatives des deux chirurgiens qui ont soigné *Happe* ont été infructueuses, il me semble qu'on pourrait en attribuer la non-réussite à deux causes; 1.° à la méthode peu rationnelle qu'ils ont suivie; 2.° à leur terreur pusillanime; car s'ils eussent réfléchi qu'une masse aussi volumineuse ne pouvait être replacée et maintenue dans l'abdomen sans causer un trouble plus ou moins grand, loin de s'effrayer, ils eussent combattu les symptômes qui se sont développés, et nul doute qu'alors ils ne fussent parve-

nus à guérir le malade. Mais il faut l'avouer ; si un grand nombre d'opérations chirurgicales ne sont pas couronnées de succès, on ne doit souvent en imputer la cause qu'au défaut de connaissances médicales de la part des chirurgiens. Je pense que les succès chirurgicaux seraient bien plus fréquens, si l'on méditait davantage l'excellent ouvrage de *Voullonne*. « Avant de pratiquer une opération, dit ce médecin, il faut apprécier avec justesse ce qu'il y a à perdre ou à gagner pour le malade. » En effet, combien il serait important avant de pratiquer une opération, d'étudier le physique et le moral du malade, de bien connaître les lieux qu'il habite, d'avoir égard à l'influence de la saison et du climat, de ne point perdre de vue les maladies régnantes ; enfin, de prévoir si les accidens consécutifs ne seront pas de nature à compromettre la vie du malade Cette vérité pratique avait été d'autant mieux sentie par quelques esprits judicieux, que tous les hommes instruits gémissaient depuis long-temps de voir la chirurgie réduite à un art presque mécanique; mais la nouvelle organisation des études médicales a détruit ce vice radical, en exigeant de la part des candidats des connaissances étendues tant en médecine qu'en chirurgie : cette heureuse réforme doit nous faire espérer qu'à l'exemple d'*Hippocrate*, les jeunes médecins ne rougiront pas, comme leurs prédécesseurs, de joindre à leurs fonctions l'exercice d'une branche de l'art de guérir, aussi utile que la médecine.

TRAVAUX

DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE,

Communiqués par M. le docteur VASSAL, son Secrétaire-général, à la Société Médicale d'Emulation.



EXAMEN CHIMIQUE

DES FLEURS DE L'ARNIQUE, (*ARNICA MONTANA*, DE *LINNÆUS*);

Par M. DUBLANC, pharmacien.

MALGRÉ les nombreux efforts des médecins pour constater les vertus héroïques qu'on accorde aux fleurs de l'*arnica*, aucune analyse exacte de ces fleurs n'a été publiée.

M. *Lemercier*, docteur en médecine à Rochefort, a fait insérer dans le N.° III du Journal de Pharmacie de l'année 1811, le résultat de ses recherches sur l'altération des fleurs d'*arnica*, par les œufs ou larves d'insectes que l'on rencontre presque toujours dans ces fleurs mais les expériences qu'il a faites ont eu seulement pour objet de prouver les différences qui existent entre les fleurs d'*arnica* altérées, et celles qui ne le sont point, et de faire connaître les avantages qui résultent de l'emploi de ces dernières.

Encore bien que le mémoire de M. *Lemercier* soit d'une grande importance pour les praticiens, puisqu'il les met à même d'éviter des accidens dont il fait connaître la source, il est indispensable, je crois, de fournir au médecin observateur quelques données sur les principes les plus énergiques de ces fleurs, et les moyens de les administrer isolément ou combinées. C'est dans cette intention que j'ai commencé une série d'expériences dont je soumets le résultat à votre observation.

Histoire naturelle.

L'arnique ou betoine des montagnes, *arnica montana*, de la syngénésie polygamie superflue de *L.*, de la famille des corymbifères de *Jussieu*, est indigène des contrées septentrionales de l'Europe. Elle croit en Suède, en Danemarck, en Bohême, et sur les montagnes de la Suisse. Quelques départemens de la France lui donnent aussi naissance. La racine de cette plante est noirâtre, fibreuse et irrégulière; elle partage avec la fleur une odeur et une saveur aromatique très-prononcées; sa tige est plus ou moins haute, selon le terrain sur lequel elle croît; ses fleurs sont radiées, terminales, d'un jaune très-foncé; elle croît en juillet et août dans les lieux secs.

Action de l'eau à la température ordinaire.

Huit onces de fleurs d'*arnica* exactement mondées de larves, ont été mises en macération dans cinquante-trois onces d'eau distillées, et abandonnées à son action pendant trente-six heures environ. Le macéré filtré fut examiné de la manière suivante :

Caractères physiques.

1.° Sa couleur était d'un brun olivâtre ;

2.° Sa saveur amère occasionnant dans la bouche une légère astriction ;

3.° Son odeur aromatique analogue à celle des fleurs.

Action des réactifs.

1.° La teinture de *Tournesol* passa au rouge par son contact avec la liqueur ;

2.° L'alcool y forma au bout d'un certain temps un précipité blanc, floconneux ;

3.° L'ammoniaque rendit la couleur de la liqueur plus foncée, d'abord sans la troubler ; quelques momens après un précipité gris se manifesta ;

4.° Le per-sulfate de cuivre (sulfate de cuivre très-oxidé), fit naître un précipité vert ;

5.° L'acide muriatique oxigéné forma un précipité grisâtre ;

6.° L'acide sulfurique forma un précipité aussi grisâtre, mais plus abondant ;

7.° Le per-sulfate de fer (sulfate de fer très-oxidé), produisit un précipité vert foncé très-considérable ;

8.° Le tartrate antimonié de potasse n'altèra nullement la liqueur ;

9.° Une dissolution de colle de poisson troubla très-sensiblement la liqueur au bout de quelques heures ;

10.° Le nitrate de baryte donna naissance à un précipité blanc insoluble dans l'acide nitrique ;

11.° L'acide oxalique enfin occasionna un précipité grisâtre abondant.

Observations fournies par l'action des réactifs.

1.° La teinture de *Tournesol* changée en rouge par la liqueur, y démontra la présence d'un acide libre; mais ce phénomène fut plus ou moins sensible selon l'état de pureté des fleurs employées : ainsi des fleurs exactement privées de corps étrangers, ne parurent pas céder à l'eau une quantité d'acide capable de faire rougir la teinture de *Tournesol;*

2.° Le précipité formé par l'alcool annonça la présence du mucilage;

3.° L'ammoniaque rendant la couleur plus foncée et formant un précipité, fit reconnaître la matière extractive;

4.° Le per-sulfate de cuivre et l'acide muriatique-oxigéné précipitant, convainquirent de l'existence de la matière extractive; (cependant cela pouvait être des sels.)

5.° L'acide sulfurique parut démontrer l'existence de sels neutres;

6.° Le per-sulfate de fer par le précipité noir qu'il forme, démontre la présence de l'acide gallique;

7.° Le tartrate antimonié de potasse n'agissant point sur la liqueur, mettrait en doute l'existence du tanin; mais s'il est permis de s'en rapporter aux observations faites jusqu'à présent, la liqueur devait en contenir : l'acide gallique n'existant jamais sans tanin, ou le tanin sans l'acide gallique;

8.° Le précipité formé par la colle de poisson confirma cette assertion;

9.° Le précipité que forma le nitrate de baryte, étant insoluble dans un excès d'acide

nitrique, indique que la liqueur contenait un sulfate;

10.° L'action de l'acide oxalique prouva que le sulfate était à base de chaux.

Action de l'eau à 100°, *therm. cent.*

Les fleurs ayant été épuisées par l'eau froide jusqu'à ce que celle-ci sortit du contact prolongé, incolore, inodore et insipide, furent soumises à l'action de trente-neuf onces d'eau distillée à la température de 100° therm. *C.*, et abandonnées jusqu'au refroidissement. L'*infusum* filtré présentait les mêmes propriétés physiques que le macéré, mais d'une manière moins tranchée.

Le marc de cet *infusum* fut exposé pendant soixante minutes à l'action d'une quantité d'eau, à 100°, égale à celle que l'*infusum* avait produite. Le *decoctum* filtré ne présenta aucune différence après son refroidissement, des liqueurs d'abord examinées; les réactifs y décélèrent les mêmes principes.

Desirant savoir si les fleurs d'*arnica* devaient l'odeur très-aromatique dont elles sont douées à une grande quantité d'une huile aromatique particulière, j'ai souvent soumis un certain poids de ces fleurs à la distillation, dans un poids double d'eau; je cohobai l'eau distillée sur de nouvelles fleurs, à plusieurs reprises, et n'obtins qu'une eau très-chargée de principe aromatique, ne laissant surnager que quelques traces d'huile extrêmement âcre et amère.

Les produits de l'infusion et de la décoction des fleurs furent rassemblés et soumis à une évaporation spontanée dans une capsule de porcelaine, jusqu'à consistance de masse pillu-

laire. L'extrait produit pesait deux onces ; il était muqueux, de couleur brune foncée, très-amère, très-soluble dans l'eau distillée, très-hygrométrique, et ne présentant d'ailleurs rien de particulier aux autres extraits. Les fleurs d'*arnica* ayant été ainsi traitées par l'eau, à ces différentes températures, furent séchées. Elles avaient perdu un huitième de leur poids primitif, et une grande partie de leur arôme.

Action de l'alcool à froid et à chaud.

Les fleurs desséchées furent mises dans un matras avec de l'alcool à 36°, en quantité suffisante pour surnager les fleurs ; la macération fut continuée pendant douze heures, à la température de 15° therm. cent. La teinture filtrée avait une couleur jaune pâle, une saveur amère très-prononcée, une odeur aromatique, étendue d'eau distillée ; elle se troubla considérablement.

L'alcool à chaud se conduisit en tout comme à froid ; la liqueur filtrée était seulement moins colorée et moins aromatique que la première.

Ces liqueurs furent rassemblées, distillées, et donnèrent un liquide très-limpide, transparent, pesant 38° à l'aréomètre, n'étant point troublé par l'eau, ou très-faiblement et aussi peu aromatique.

Le résidu de la distillation, retiré de la cornue, donna par l'évaporation une once et demie d'un extrait résineux, soluble dans l'alcool, dans l'éther, dans la potasse et la soude, mais insoluble dans le sous-carbonate de potasse, soluble aussi dans les huiles grasses et siccatives.

Ces divers moyens analytiques avaient bien

fourni tous les principes dont la médecine doit désirer la connaissance pour conjecturer sur les propriétés d'un végétal, puisqu'ils sont les seuls solubles dans les véhicules qu'elle peut administrer ; mais il restait pour que l'analyse fût complète, à examiner les cendres fournies par l'incinération des fleurs sur lesquelles on avait fait des recherches.

L'observation la plus scrupuleuse, et l'emploi des réactifs les plus convenables, dont la citation serait trop longue, ne permirent pas de douter qu'il y existât les substances suivantes :

1.° Du sable quartzeux ;

2.° Du sulfate de chaux ;

3.° Du phosphate de chaux ;

4.° Du tritoxide de fer ;

5.° Des traces de tritoxide de manganèse ;

6.° Enfin, très-peu d'un charbon extrêmement léger.

Il résulte de ce qui vient d'être rapporté sur l'examen des fleurs d'*arnica montana*, qu'elles contiennent :

1.° Un principe aromatique soluble dans l'eau ;

2.° Une huile essentielle très-âcre ;

3.° Du mucilage ;

4.° Une matière extractive analogue aux extraits des végétaux ;

5.° De l'acide gallique peut-être libre ;

6.° Du tanin ;

7.° Du sulfate de chaux ;

8.° Une matière résineuse ;

9.° Enfin, le produit de l'incinération.

D'où je conclus, que les essais de ces fleurs pour les appliquer à la médecine, devraient

être faits avec le produit de la décoction, ou bien avec la teinture alcoolique des fleurs, selon que l'on aurait intention d'administrer les uns ou les autres des principes constituans.

Messieurs, le travail que j'ai l'honneur de vous soumettre aurait dû, je le sais, se borner à l'analyse des fleurs de l'*arnica*, mais je me plais à croire qu'il ne vous sera pas indifférent d'avoir quelques données sur les propriétés médicales de l'extrait aqueux de ses fleurs. Comme la thérapeutique est, pour ainsi dire, étrangère à la pharmacie, je ne serai que narrateur des faits que je citerai.

L'*arnica*, selon quelques auteurs anciens, fut employée en France comme anti-septique; mais quoique ses propriétés ne pussent pas être mises hors de doute par des succès constans, elles n'en tombèrent pas moins dans l'oubli. Des médecins allemands la remirent en crédit; ils vantèrent son efficacité dans l'asthme, le catarrhe; *Buchner*, *Schultz* et *Stoll* sur-tout, l'employèrent ensuite avec beaucoup d'avantages dans les fièvres intermittentes et putrides. *Collin*, de Vienne, venant à l'appui, rapporta un grand nombre d'observations sur son emploi comme fébrifuge et comme anti-septique. *Bathez*, plus nouvellement, l'a regardée comme spécifique de l'état goutteux des fluides et rhumatique des solides. *Desbois*, de Rochefort, en propose l'usage dans les affections goutteuses lentes et froides. *Fourcroy* parle également des succès qu'elle a obtenus dans les maladies goutteuses, laiteuses, etc.

M. le docteur *Vassal* a aussi observé ces mêmes propriétés dans les fleurs d'*arnica montana*; mais ce que d'autres médecins n'ont

point observé avant lui, ce sont les prompts soulagemens que l'extrait de ces fleurs procure dans les céphalalgies périodiques rebelles; l'observation de ce docteur viendra donc enrichir d'un fait nouveau, l'histoire de cette plante précieuse à la médecine.

Le premier essai que tenta le docteur *Vassal*, fut sur un goutteux. M. *D.*, natif de Gênes, était tourmenté depuis plusieurs années par de cruels accès de goutte qui le retenaient toujours au lit, ou dans l'impossibilité de prendre aucun exercice : l'hiver dernier il fit usage de l'extrait d'*arnica*, et les accès manquèrent entièrement; depuis cette époque il ne s'est nullement ressenti de ses douleurs.

Un des amis de ce malade ayant comme lui fait usage de beaucoup de remèdes sans en obtenir de soulagement, eut recours à l'extrait d'*arnica;* il opéra sur ce malade, comme il l'avait fait sur le premier, c'est-à-dire, qu'une dose de quatre grains par jour, continuée pendant douze ou quinze jours, lui rendit son état de santé ordinaire. Plusieurs autres affections goutteuses furent dissipées par le même remède.

Madame *F....*, affectée depuis plusieurs années de douleurs de tête très-importunes, avait inutilement mis en usage les bains de pieds, les saignées générales et locales, les narcotiques et les céphaliques; l'extrait d'*arnica* lui fut administré à très-petite dose, et vingt jours suffirent pour la soustraire à cette indisposition.

Je sens, Messieurs, que ces faits qui m'ont été fournis par le docteur *Vassal*, ne sont point assez nombreux pour que vous puissiez asseoir un jugement certain sur les propriétés de l'ex-

trait d'*arnica ;* mais elles m'ont paru assez concluantes pour vous engager à réitérer les expériences déja faites, lorsque vous en trouverez l'occasion.

OBSERVATIONS

SUR LA NÉCESSITÉ DE LA DIÈTE DANS LES PLAIES PÉNÉTRANTES DE L'ESTOMAC ;

Par M. Mellet, chirurgien.

Ma longue pratique m'ayant mis à même de traiter plusieurs fois des lésions de l'estomac, l'expérience m'a convaincu que si le régime anti-phlogistique est un des meilleurs moyens curatifs propres à diminuer l'intensité des accidens graves qui accompagnent toujours les plaies pénétrantes de l'estomac, on ne saurait en obtenir la guérison sans une diète sévère et prolongée ; c'est pour prouver l'indispensable nécessité de ce dernier moyen que je publie les trois observations suivantes.

Première Observation. — Le 20 mars 1786, à deux heures du matin, je fus mandé rue de Bourbon-Villeneuve, pour M.***, âgé d'environ vingt-six ans. Après l'avoir examiné, je trouvai une plaie de la largeur d'un pouce, faite par un couteau, et située à la région épigastrique, distante de deux travers de doigt du cartilage xiphoide, située latéralement et à droite. Je me fis représenter l'instrument, et m'informai si le malade avait soupé. On me répondit affirmativement ; je soupçonnai que

la plaie était pénétrante, et me contentai de lui ordonner du thé léger. A sept heures, je m'aperçus que les boissons étaient sorties par la plaie : la tension, la douleur, la difficulté de respirer, la petitesse et la concentration du pouls, le froid des extrémités, les nausées, le hocquet, les vomissemens, tous ces symptômes ne me laissèrent plus aucun doute sur la lésion de ce viscère, et me firent craindre l'épanchement.

Trois saignées furent faites le même jour, ainsi que des embrocations sur l'épigastre, avec parties égales d'eau vulnéraire spiritueuse et d'huile rosat; une flanelle trempée dans une décoction émolliente y fut appliquée et renouvelée de deux heures en deux heures, le petit-lait, l'eau de gomme arabique édulcorée avec le sirop de guimauve, furent les moyens que j'employai.

J'appelai M. *Dufouare*, qui approuva ma conduite, et ordonna de plus le looch blanc pectoral du codex. Je suivis le malade avec la plus grande exactitude, et M. *Dufouare* venait régulièrement une fois par jour. La diminution des accidens, et bientôt leur cessation totale nous faisaient espérer une guérison prochaine.

Le 28, le malade nous tourmenta pour lui donner à manger; depuis quelques jours il prenait du bouillon très-nourrissant. Nous convînmes de lui donner de la crême de riz, de la gelée de viande, d'excellent vin, le tout par cuillerées, et à des distances convenables, ce qui nous réussit parfaitement.

Le 2 avril, M. *Dufouare*, malgré mes représentations que je n'osai faire que faible-

ment, vu la distance entre moi et lui, praticien consommé, et que sa place de chirurgien-major des Gardes-Françaises avait souvent mis dans le cas de diriger des malades frappés de semblables lésions, lui permit de prendre en une seule fois la valeur d'un verre de crême de riz, et probablement le malade outre-passa la mesure; les accidens se renouvellèrent avec une telle intensité, que le ventre se météorisa tout-à-coup, et le malade périt à une heure après-midi, et le quinzième jour après sa blessure.

Après la mort du blessé, je demandai à la famille que M. *Dufouare* fût prié de venir pour faire l'ouverture du cadavre : on me le refusa. J'insistai pour qu'il me fût du moins permis de la faire seul; pareil refus. Mais comme je desirais fortement connaître l'état des parties blessées, je m'adressai à la garde que j'intéressai, et qui me laissa faire tout ce que je voulus. A l'ouverture, je trouvai les alimens qu'il avait pris la veille, épanchés dans les environs de la plaie, qui était entre la face antérieure, et le bord convexe de la grande courbure de l'estomac; elle avait à-peu-près six lignes d'étendue; il y avait peu d'inflammation aux lèvres de l'ouverture, mais le reste de l'estomac était plus rouge que dans l'état ordinaire, et les vaisseaux étaient plus dilatés. La surface externe des intestins, et sur-tout l'arc du colon, étaient très-enflammés, avec des taches jaunes et livides dans certains endroits. L'estomac paraissait rapetissé, ses tuniques épaissies; l'intérieur était enduit d'une humeur visqueuse, jaunâtre et d'une odeur fétide. J'ouvris l'arc du colon, et j'y trouvai une liqueur

à-peu-près semblable, mais moins prononcée dans sa couleur et son odeur.

L'ouverture du cadavre me confirma dans l'idée que le malade ne serait point succombé, si, plus docile à ce qu'on lui avait prescrit, il n'eût pas outre-passé la quantité d'alimens qui lui avait été permise. La sévérité de la diète me paraît d'autant plus nécessaire, sur-tout les premiers jours, que je pense que c'est le seul moyen d'obtenir la réunion de ces sortes de plaies. Mon malade était dans une circonstance favorable, pour guérir plus facilement : car ayant reçu le coup de couteau après avoir mangé, l'estomac étant alors plein, doit avoir offert à l'instrument une plus grande surface par l'écartement de ses tuniques, mais revenu sur lui-même, il doit diminuer de beaucoup l'étendue de la plaie.

Seconde Observation. — Le premier novembre 1773, étant élève chez feu M. *Duvigneau*, membre du Collège de Chirurgie de Paris, je fus mandé en son absence, rue du Temple, chez M.*** , pour un de ses amis qui venait de recevoir deux coups d'épée, l'un à la poitrine, l'autre au bas-ventre : la plaie de la poitrine était très-légère, et n'intéressait que les tégumens. La pointe d'épée ayant été arrêtée par la quatrième ou cinquième des vraies côtes, autant que je puis me le rappeler, car je ne tins pas note alors de cette circonstance, attendu que la plaie du bas-ventre occupait toute mon attention. Celle-ci était dirigée de droite à gauche, le long du bord inférieur du cartilage des côtes, vers la région épigastrique et le cartilage xiphoïde : elle était de la largeur d'un pouce, et comme dentelée à l'ouverture ; de

sorte qu'il paraissait que l'épée ayant d'abord été dirigée contre le cartilage, l'adversaire l'avait dégagée un peu sur le côté pour se frayer un passage; l'on sentait un boursoufflement assez considérable le long du trajet de la plaie où l'épée avait labouré dans les muscles l'espace d'un pouce et demi; la chemise et les vêtemens du blessé étaient encore couverts d'une partie des alimens qui étaient sortis par cette plaie. Dès que j'eus fait coucher le malade, un vomissement survint; il occasionna une secousse pendant laquelle il sortit encore quelques portions d'alimens qui ne me laissèrent aucun doute sur la nature de la plaie. J'appliquai un appareil convenable; je prescrivis pour boisson une légère infusion vulnéraire prise à petite dose. J'y retournai trois heures après avec M. *Duvigneau*. L'espèce de lypothymie dans laquelle était le malade, ne permit pas de le saigner. Le soir, les douleurs étant assez fortes et le pouls très-élevé, je lui tirai du sang. La nuit fut assez tranquille, quoique sans sommeil; il y avait eu de fréquens hoquets, mais point de vomissemens. Le lendemain, il fut encore saigné deux fois. On fit sur toute la région du bas-ventre des embrocations avec l'eau vulnéraire spiritueuse et l'huile rosat: le malade ne prit que quelques tasses de vulnéraire, cuillerée à cuillerée. A la levée de l'appareil, nous le trouvâmes encore imbibé d'alimens sortis par la plaie. Le 12, il y eut un vomissement de sang et de matière bilieuse. Mais il n'était rien sorti par la plaie; les bords étaient boursoufflés et enflammés. Le régime fut le même. Le 13, il se développa une fièvre assez vive, avec un mal-aise général et une céphalalgie

très-intense. La plaie était plus enflammée, le ventre tendu ; le malade fut saigné le soir. Le 14, il fut plus calme. Les 15, 16, 17, les accidens allèrent en diminuant, la plaie commença à suppurer. Le 18, on permit deux cuillerées de bouillon, ce que l'on continua à des distances convenables. Les vomissemens, même les hocquets, avaient totalement cessé ; la tuméfaction des bords et des environs de la plaie diminuait de jour en jour ; le malade reprenait son sommeil ; il demandait à manger avec instance, mais la crainte de voir les accidens se renouveler nous rendit inexorables. Ce ne fut que le vingt-sixième jour, que nous lui accordâmes une cuillerée de crême de riz. On lui en permit ensuite un peu plus, mais en suivant toujours une progression presqu'insensible, de peur de perdre en un moment le fruit de tout ce que nous avions fait. Enfin, au bout de cinq semaines, le malade fut parfaitement guéri, à cela près qu'il lui restait une très-grande faiblesse : mais quinze jours après, il fut en état de se faire transporter chez lui. L'ayant revu plusieurs fois pendant quelques années, j'appris qu'il ne pouvait pas trop se livrer à son appétit, attendu qu'il éprouvait des tiraillemens d'estomac, et des douleurs même assez fortes lorsqu'il mangeait un peu plus. Je lui recommandai d'éviter les indigestions, parce qu'il était fort à craindre qu'un vomissement violent ne vînt à rompre la cicatrice et les adhérences de l'estomac avec les parties voisines.

Troisième Observation. — J'ai encore eu l'occasion de soigner une plaie pénétrante de l'estomac, dont voici les détails :

Le premier mai 1794, je fus mandé rue de la Croix, pour y voir une jeune fille d'environ vingt-quatre ans, qui, dans un moment de désespoir ou de folie, s'était donné trois coups de ciseaux dans le ventre, dont deux n'intéressaient que les tégumens et les muscles, mais le troisième pénétrait dans cette cavité ; il était directement au milieu de l'épigastre, au-dessous de l'extrémité inférieure du cartilage xiphoïde. Les ciseaux, que je me fis représenter, pouvaient avoir quatre pouces de longueur au plus ; ils étaient fort aigus et très-effilés. (C'était de ces ciseaux à l'usage des femmes, qu'on appelle communément ciseaux à découper.) La malade en effet était, ou du moins se disait ouvrière en linge. La plaie n'avait pas six lignes de largeur, point de gonflement aux environs, point d'hémorragie. La blessée même revenue dans son bon sens, ou n'étant plus dans les mêmes sentimens de fureur, paraissait fort tranquille, et disait ne ressentir d'autre douleur qu'un peu de chaleur et de cuisson à la plaie. J'avoue qu'au premier moment je la crus aussi légère que les deux autres ; mais je déterminai toujours la malade à se laisser saigner, quoiqu'elle y répugnât beaucoup, prétendant qu'elle n'en avait pas besoin, et qu'elle souffrait trop peu pour qu'on la saignât. A peine eus-je tiré deux palettes de sang, qu'elle se trouva mal ; il lui prit des nausées, des hoquets, quelques mouvemens convulsifs ; elle vomit une grande quantité de sang, de matières bilieuses, et quelques alimens. Un quart-d'heure après, les hoquets recommencèrent ; elle tomba dans de véritables convulsions, et porta avec tant de précipitation sa main vers

l'appareil, qu'on eut pas le temps de l'empêcher de tout arracher. A l'instant il sortit beaucoup de sang par la plaie, et peu après des matières bilieuses semblables à celles que la malade venait de rendre par la bouche. Je ne doutai plus alors que l'estomac ne fut percé. Je réappliquai l'appareil, et au bout d'une demi-heure je la quittai, après avoir prescrit les mêmes moyens que dans l'observation précédente. Je revins deux heures après : dans cet intervalle le vomissement avait recommencé deux fois, et il y en avait la moitié d'une cuvette. La malade étant faible, je remis au soir la seconde saignée. A neuf heures, j'y retournai ; elle se plaignait de vives douleurs ; il n'y avait point eu de vomissemens ; le pouls était très-élevé. Je fis la saignée, et elle ne fut suivie d'aucun accident. J'y restai jusqu'à dix heures, et la malade se trouvant dans un état assez calme, je me retirai. Le lendemain matin, je fus la voir à six heures ; elle avait eu dans la nuit une selle de matières liées, mêlées d'une assez grande quantité de bile jaunâtre ; elle avait éprouvé quelques faiblesses : l'altération était toujours considérable, et le pouls très-vif et très-fort. Je lui tirai encore deux palettes de sang. Le soir, la fièvre était violente ; il y avait eu des convulsions, des absences presque continuelles. Je réitérai la saignée ; la nuit fut plus calme.

Le 3 au matin, les environs de la plaie étaient fort gonflés ; il y avait de l'empâtement ; tout le ventre était météorisé ; les douleurs étaient plus fortes que dans la nuit ; le pouls était très-élevé. Je fis une cinquième

saignée. Le soir, je trouvai une très-grande quantité de caillots de sang sous l'appareil; la malade était très-faible; la fièvre moins forte; la quantité de sang qui sortit après avoir enlevé les caillots, était assez considérable. Toutes ces circonstances me déterminèrent à ne point la saigner davantage.

Le 4, la nuit avait été très-tranquille; la malade avait même un peu dormi; le régime était toujours le même. Je fis prendre quelques lavemens émolliens; on fit des fomentations de même nature sur le ventre, et l'on observa la diète la plus sévère jusqu'au huitième jour: mais à cette époque la malade ayant mangé à mon insçu quelques cuillerées de soupe, la fièvre se ralluma, les douleurs se firent sentir comme les premiers jours; elle vomit beaucoup de sang, et il en sortit un peu par la plaie. Je soupçonnai la cause de ce qui était arrivé; on me l'avoua. Depuis cette leçon, je n'eus pas de peine à obtenir plus d'exactitude dans le régime. Pendant les huit jours suivans, elle se remit au bouillon. J'avais soin d'ailleurs de faire donner des lavemens nourrissans. Le 16, je permis deux cuillerées, non pas de crême de riz, mais de riz bien crevé, dans le bouillon, et passé ensuite à travers un tamis. Les jours suivans, j'en augmentai la dose, et à des distances convenables. Enfin, je permis un œuf frais, et au bout d'un mois la malade était parfaitement guérie.

Ces observations me paraissent prouver évidemment la nécessité de la diète la plus sévère dans ces sortes de plaies; et je ne doute point que nous n'eussions perdu les deux derniers

malades, comme celui de ma première observation, pour peu que nous nous fussions relâchés de la rigueur du régime.

De l'Imprimerie de MIGNERET, Imprimeur du Journal de Médecine, rue du Dragon, F. S. G., N.° 20.

BULLETIN

DE

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Rédigé par M. BRESCHET, Secrétaire-général de cette Société (1).

N.° VII. — JUILLET 1815.

QUELQUES RECHERCHES

SUR LA MEMBRANE DES FISTULES;

Par L. R. Villermé, D.-M.-P.

On sait que c'est à l'alongement ou au développement inflammatoire de la trame cellulo-vasculaire, sur les surfaces des plaies et des ulcères, que sont attribués ce que l'on appelle les bourgeons charnus; que ces bourgeons s'élèvent, se

(1) C'est chez ce médecin, (place du Pont-Neuf, N.° 15), qu'on doit adresser, *francs de port*, les mémoires imprimés ou manuscrits, les observations et tous les ouvrages de médecine qu'on desirera présenter à la Société, ou faire insérer dans son Bulletin.

réunissent, se confondent, en formant une sorte de membrane provisoire par rapport à la cicatrice. Personne n'a aussi bien décrit ni aussi bien développé la formation de cette espèce de membrane accidentelle, que *Bichat*, dans son Anatomie générale. Il la considère comme un véritable organe secrétoire du pus; mais il ne dit rien de l'analogie qu'elle présente avec les membranes muqueuses lorsqu'elle est ancienne. C'est particulièrement dans le but d'examiner sur quels faits peut être fondée cette analogie, laquelle, je crois, n'a encore été que simplement énoncée, d'abord par *J. Hunter* (Traité sur le sang et l'inflammation); puis par M. le docteur *Laennec* (Dictionn. des Sciences Médicales, tom. VIII, p. 206), que je vais tracer une description abrégée de la membrane des conduits fistuleux, sans considérer les apparences qu'elle peut tirer des diathèses scorbutique, vénérienne, etc.

Formée par les bourgeons charnus, cette sorte de membrane commune à toutes les fistules dont elle couvre tous les points, aux surfaces des autres plaies en suppuration et des ulcères, devient à la longue trop différente de ce qu'elle est dans son principe, et de celle des ulcères ordinaires, pour que l'on puisse établir qu'elle offre une grande analogie à toutes les époques. Au lieu de se confondre et de se continuer intimement avec le tissu lamineux sous-jacent, au développement accidentel duquel elle doit son origine, l'on peut souvent l'en isoler avec facilité après un certain temps, et l'en distinguer par des caractères aussi nombreux et aussi tranchés que ceux qui distinguent la membrane muqueuse

buccale du tissu lamineux qui l'unit au muscle alvéolo-labial. Ceci est prouvé par la comparaison que l'on peut faire d'une fistule salivaire ancienne avec les plaies en suppuration, les ulcères, une fistule récente, ou celle qui, durant depuis long-temps, a constamment été le siège d'une irritation et d'une inflammation. C'est sur-tout à l'absence de l'irritation et de l'inflammation, qu'il faut attribuer les grands changemens que manifeste avec le temps la membrane d'une fistule, comme c'est de leur présence que dépendent la rougeur, la facilité de verser du sang, la sécrétion du pus, les excroissances ou fongosités, etc.

Les détails qui ont rapport aux changemens que manifeste la membrane des conduits fistuleux, trouveront leur place dans les paragraphes dans lesquels je renfermerai ce que j'ai à dire de cette membrane, que je considérerai particulièrement dans les fistules déja anciennes. J'en avertis pour prévenir plusieurs objections.

§. I.er *Forme, naissance et terminaison de la membrane des fistules.* — La forme de cette membrane est celle des conduits fistuleux eux-mêmes; c'est-à-dire, qu'elle ressemble en général à des espèces de tuyaux fort irréguliers.

Le commencement de la membrane des trajets fistuleux a lieu au milieu des parties, dans les endroits où sont formés les fluides que les fistules transmettent au-dehors, ou bien aux réservoirs dans lesquels ces fluides sont déposés, et aux conduits qu'ils doivent parcourir. Les fistules qui dépendent de la présence d'un corps étranger, d'une nécrose, d'une carie,

de la mortification d'un tendon, en un mot, la plupart des fistules, offrent des exemples de la première origine; les fistules urinaires, salivaires, etc., offrent des exemples de la seconde.

La terminaison de la membrane des conduits fistuleux, se fait d'une manière brusque aux surfaces muqueuses et à la peau. Cela est évident pour les fistules qui s'ouvrent sur cette dernière : la teinte blanche du derme ne se fond pas dans la couleur des chairs qui terminent un trajet fistuleux ou qui recouvrent une plaie en suppuration : il y a pour la couleur, l'organisation, etc., une démarcation aussi tranchée que celle qui indique la limite de la membrane muqueuse des lèvres et de la peau. Néanmoins lorsque les fistules existent depuis très-longtemps, le centre du tubercule au milieu duquel elles s'ouvrent est rouge, et la circonférence fond fréquemment sa couleur dans celle du derme, ou acquiert même tout-à-fait celle de ce dernier.

On remarque à l'endroit où les fistules s'ouvrent, un rebord, une sorte de bourrelet ou de végétation circulaire qui s'affaisse un peu lorsqu'il n'y a plus d'inflammation, mais dont il m'a paru qu'il restait presque constamment des traces quand la chirurgie n'avait pas cherché à en réprimer la saillie. Cette disposition est telle, que sur les surfaces muqueuses l'on peut très-souvent la comparer avec les tubercules qui se voient dans les endroits où aboutissent beaucoup de conduits excréteurs.

J'ai vu cependant deux fistules urinaires, suite de l'opération de la taille, qui ne présentaient pas de bords saillans.

§. II. *Surface libre de la membrane des fistules.* — La surface interne ou libre de la membrane des fistules, est en rapport de contiguité avec elle-même, continuellement humide et comme veloutée au toucher, excepté où il y a des callosités. Elle est fréquemment bosselée ou mamelonnée; d'autres fois elle offre dans quelques points des espèces de végétations considérables, arrondies, irrégulières ou même ramifiées. La couleur de cette surface n'est pas la même pour tous les trajets fistuleux : elle est rosée, plus ou moins vermeille, et présente l'apparence d'un état inflammatoire quand la fistule est récente ou donne passage à du pus. Si l'inflammation est intense, il n'est pas rare que cette surface interne offre çà et là des taches d'un rouge foncé, lesquelles sont très-visibles au milieu et au-dessous des points blancs ou albumineux qui se distinguent sur le sommet d'espèces de papilles où ils sont peu adhérens, et par fois très-rapprochés.

Lorsque la fistule a donné passage pendant quelque temps à quelque liquide ou substance qui n'est pas du pus ni des matières stercorales, la membrane acquiert une surface égale, perd peu-à-peu la couleur rouge, et finit par en prendre une plus pâle que je compare à celle de la surface interne des conduits excréteurs. Il y a à l'hôpital militaire de Montaigu de Paris, un homme qui, par suite de l'opération de la taille, a une fistule urinaire directement étendue du fond de la vessie au périnée. La plaie, rouge d'abord, a pâli peu-à-peu, et trois mois et demi après l'opération la surface interne de la fistule, ou au moins la portion de son trajet que l'on pouvait apercevoir à

l'aide d'une certaine position que prenait le malade, était déja blanchâtre et offrait presque l'apparence intérieure des uretères. J'ai vu au même hôpital le cadavre d'un homme qui avait plusieurs fistules urinaires : l'état d'inflammation, de suppuration et d'induration de toutes les parties du périnée, lesquelles étaient confondues sous un aspect comme lardacé, n'empêchèrent point de reçonnaître qu'une portion de l'intérieur d'un trajet fistuleux ne participait pas à la désorganisation commune, mais offrait la même couleur et la même apparence que la membrane muqueuse urétrale.

Ce n'est que dans les cas que je viens de rapporter, dans quelques fistules salivaires qui n'étaient plus récentes, et dans une autre entretenue par la sortie de la lymphe, que j'ai vu la couleur blanchâtre ou grisâtre intérieure. J'ai constamment observé une couleur plus ou moins rouge dans les conduits fistuleux qui donnaient passage à du pus, à des larmes, dans ceux qui pénétraient de l'extérieur dans les intestins. Le trajet de ces derniers se trouvait parsemé de callosités qui étaient la preuve d'un état permanent d'irritation.

En outre des fluides que sépare la membrane des trajets fistuleux, celle-ci est en contact avec des matières qui lui sont étrangères. Ces matières sont ici de la lymphe, là de la salive ; en cet endroit de l'urine, en cet autre des excrémens, etc. ; ou bien, et c'est ce qui a lieu le plus ordinairement, c'est du pus qui provient de quelque foyer. Dans ce seul cas, la matière de la perspiration de la membrane des fistules, peut être de même nature que celle que la fistule est destinée à transmettre au-dehors.

§. III. *Surface adhérente de la membrane des fistules.* — Peu de temps après la formation d'une fistule, ou lorsque celle-ci avait constamment offert de l'inflammation, j'ai trouvé cette surface adhérente et intimement continue avec les parties sous-jacentes. Pour bien voir la limite, il faut couper perpendiculairement à la membrane : alors l'on distingue une ligne de démarcation qui résulte de la différence des tissus. Cette ligne laisse apercevoir la longueur des bourgeons charnus, ou du développement accidentel du tissu lamineux formant l'épaisseur de la membrane ; elle m'a surtout paru facile à distinguer dans les parois des foyers formés par les capsules synoviales des articulations.

Lorsqu'une fistule déja ancienne a constamment été accompagnée d'inflammation et de callosités, la membrane et le tissu lamineux sous-jacent se confondent fréquemment, au moins dans une certaine étendue et à l'endroit des callosités, sous l'apparence d'un tissu comme lardacé, plus ou moins rougeâtre, ordinairement traversé par un très-grand nombre de vaisseaux rouges et déliés.

Est-il vrai que le pus, l'urine, la salive et les larmes ne s'échappent jamais au-dehors par des conduits artificiels creusés dans les organes, sans que des callosités ne se trouvent dans le trajet de ces conduits? Il est au moins très-probable que les callosités disparaissent à la longue lorsque les fistules ne transmettent plus aucune matière irritante. Aux faits que j'ai déja rapportés, je puis ajouter que j'ai observé sur le cadavre un conduit salivaire artificiel, pratiqué depuis nombre

d'années dans l'épaisseur de la joue, lequel n'offrait ni callosités ni aucune autre apparence intérieure, à la forme, à la direction et à la terminaison près, que celle du conduit parotidien qu'il remplaçait. Il arrive très-fréquemment que l'ouverture que l'on pratique lors de la grenouillette, persiste, parce qu'elle est beaucoup plus grande que l'ouverture naturelle des conduits salivaires ; alors, pas très-long-temps après l'opération, assez communément on n'aperçoit plus aucune trace de callosité.

C'est dans les cas de fistules anciennes non-accompagnées d'inflammation, que leur membrane mérite véritablement le nom de membrane muqueuse ; elle est bien distincte des parties qu'elle traverse, par un tissu cellulaire comme fibrillaire, plus court que le tissu cellulaire adipeux, dans lequel je n'ai point aperçu sensiblement de graisse. Dans les autres cas, il y a une surface muqueuse plutôt qu'une membrane distincte, et l'on pourrait peut-être comparer cette disposition à celle de l'arachnoïde et de la dure-mère à la voûte du crâne. Ce que j'ai dit d'abord exister, n'est bien distinct que lorsque la fistule n'est plus depuis long-temps le siège de callosités ni d'inflammation.

Voici sur quoi je fonde cette assertion qui pourrait paraître hasardée à beaucoup de personnes, et qui, pour toutes, devra mettre, conjointement avec les autres circonstances, hors de doute la transformation, avec le temps, des bourgeons charnus d'une fistule, en une membrane, laquelle est tout à-fait différente du tissu accidentel auquel elle doit son origine.

Dans un cas de fistule salivaire ancienne, j'ai trouvé que la membrane pouvait être isolée avec beaucoup de facilite des parties voisines, auxquelles l'unissait lâchement un tissu lamineux semblable à celui que je viens de décrire, et qui lui-même se trouvait en plusieurs points entouré, enveloppé du tissu cellulaire ordinaire avec lequel il se continuait. Pareille disposition était un peu moins marquée autour d'un conduit fistuleux aboutissant à un dépôt par congestion qui avait commencé à apparaître environ neuf mois auparavant. M. le professeur *Dupuytren* m'a dit s'être assuré plusieurs fois que la membrane du trajet fistuleux de ces sortes de dépôts, était par-tout bien distincte des parties environnantes auxquelles elle était unie d'une manière lâche par l'intermède d'un tissu lamineux formant immédiatement autour d'elle une espèce de gaîne ou tuyau; il a pu quelquefois renverser en dedans la membrane de ces conduits, et en la poussant à la manière d'un doigt de gant, la détacher et la séparer des parties qui l'embrassaient, avec presque autant de facilité que l'on enlève la peau de certains animaux.

La membrane des trajets fistuleux est en général plus adhérente et plus mince où le tissu lamineux est moins abondant : ainsi elle adhère d'une manière très-serrée aux os, etc.

§. IV. *Organisation de la membrane des fistules.* — Le tissu propre aux membranes des fistules se distingue dans tous les temps par l'absence de fibres apparentes, et par la mollesse dans les points où il n'y a pas de callosités. Il est quelquefois si mou, qu'il s'écrase facilement sous les doigts. Cela se remarque lors-

que l'accroissement du tissu lamineux est très-actif et beaucoup supérieur à son accroissement ordinaire pour la formation des cicatrices. Alors au lieu d'un tissu qui s'élève d'une ligne au-dessus du niveau de la solution de continuité, on voit pousser des espèces de végétations très-épaisses et souvent assez irrégulières : végétations qui, lorsqu'elles sont devenues dures, calleuses, sont très-fréquemment accompagnées de la douleur des parties sous-jacentes, et s'opposent à ce qu'on obtienne la cicatrice. On observe que c'est plutôt à raison de l'irritation et de l'inflammation que se développent les excroissances du tissu cellulaire, qu'à proportion de l'abondance de celui-ci : aussi il n'est pas rare de voir des fongosités beaucoup plus considérables que les parties sur lesquelles elles sont nées.

Formés par l'alongement, le développement de la trame cellulo-vasculaire d'une solution de continuité, les bourgeons charnus (ou l'espèce de membrane qu'ils forment par leur réunion), sont ordinairement assez épais dans le commencement ; puis ils s'affaissent à la longue, offrent une surface uniforme, et la membrane qui en résulte peut devenir très-mince dans les conduits fistuleux qui ne livrent passage ni à du pus ni à des matières irritantes. Cette membrane m'a paru avoir acquis toute la ténuité des membranes muqueuses naturelles des conduits excréteurs, dans une fistule salivaire très-ancienne.

Quand une fistule est récente, que la végétation de sa membrane est considérable et rapide, l'on peut, tout comme des chairs fongueuses de beaucoup de plaies, en faire suinter

du pus par la compression. On a observé la même chose sur certaines membranes muqueuses phlogosées.

Je n'ai jamais pu reconnaître la moindre apparence de papilles sur les membranes des trajets fistuleux, lorsqu'elles n'offraient aucun signe d'inflammation.

La membrane des fistules acquiert-elle une sorte d'épiderme à sa terminaison à la peau ? M. le professeur *Richerand* rapporte qu'une pellicule rouge et humide, semblable à celle des lèvres, recouvrait les bords arrondis et épais de trois à quatre lignes, d'une plaie fistuleuse à l'estomac, chez une femme morte à l'hôpital de la Charité de Paris, pendant l'an 10, plusieurs années après l'apparition de la fistule. (Nouv. Elém. de Physiol.) Est-ce que cette pellicule rouge ne pouvait pas être la membrane de la cicatrice ? Voici un autre fait qui m'a été communiqué par MM. *François Delaroche* et *Gillaizeau*, deux jeunes médecins trop tôt enlevés à l'humanité et à leurs amis : ils ont vu une cloche ou ampoule se former instantanément sur l'extrémité rouge d'un trajet fistuleux déja ancien, par la piqûre d'un insecte. J'ai cherché à faire naître le même effet sur la circonférence intérieure de la fistule urinaire de l'homme dont j'ai parlé, au moyen d'une ortie, mais cela a été tenté inutilement. Je n'ai pu produire sur les cadavres, ni par la dissection, ni par la macération, l'apparence d'une sorte d'épiderme dans l'intérieur des conduits fistuleux.

Je pense qu'il serait superflu de parler des vaisseaux de la membrane des fistules : seulement je crois devoir rappeler la facilité avec

laquelle on la fait souvent saigner dans les fistules récentes, ou dans celles qui ont toujours été accompagnées d'inflammation.

Cette membrane n'a ni nerfs visibles, ni rien que l'on puisse comparer à ce qui est connu sous le nom de cryptes ou glandes muqueuses.

M. le docteur *Bayle* (Recherches sur la phthisie pulmonaire, obs. 43), a trouvé sur un cadavre deux conduits fistuleux établissant, à travers le poumon, une communication entre un empyème et les bronches. Voici comment il s'explique sur la nature de ces conduits : « Ils étaient tapissés par une membrane » épaisse qui avait beaucoup d'analogie avec » les membranes muqueuses, et qui adhérait » intimement au tissu du poumon. » Une fistule à la marge de l'anus, observée sur le même cadavre, « était tapissée, dit le même » médecin, par une membrane accidentelle » très-analogue à celle que l'on avait observée » aux parois des conduits fistuleux qui traver- » saient le poumon. » Dans un autre endroit du même ouvrage, il est fait mention qu'un conduit accidentel établissant une communication entre la cavité droite du thorax et une ramification bronchique, *était membraneux*, et semblait continu à la membrane muqueuse de la bronche où il s'abouchait.

M. le docteur *Mérat* a, dans un mémoire inédit, rassemblé des observations analogues à celles rapportées par M. *Bayle*, et il y établit l'analogie de la membrane des fistules anciennes étendues d'une surface muqueuse à une autre, ou à la peau, avec les membranes muqueuses naturelles.

§. V. *Propriétés de la membrane des fistules.* — Son extensibilité et sa propriété de revenir sur elle-même lorsque l'extension a cessé, sont prouvées par plusieurs circonstances, entre autres par ce qui arrive lorsque l'on dilate les fistules au moyen d'éponge préparée. Je ne tâcherai pas de déterminer la part que les parties sous-jacentes ont dans la production de ces phénomènes; mais je crois devoir faire remarquer que l'extensibilité a d'autant plus d'étendue que la membrane est moins enflammée. Tous les chirurgiens ont pu observer que cette propriété est singulièrement limitée par l'état de callosités et d'adhérence, soit que la cause se trouve seulement dans les tissus sous-jacens, soit que l'état de la membrane y contribue.

L'absorption et l'exhalation sont susceptibles de devenir plus marquées, ou d'être diminuées dans les trajets fistuleux. Qui n'a vu les mucosités qui s'échappent quelquefois d'une fistule à la marge de l'anus, être augmentées, diminuées et changées d'apparence et de nature par l'introduction de certaines substances? Il est ordinaire que dans les derniers instans de la vie, la surface d'un trajet fistuleux, qui auparavant se montrait humide, devienne sèche. J'ai vu un sous-officier de dragons qui, par suite d'un coup de feu reçu à la hanche, y portait une fistule qui ne versait presque rien. Un jour d'exercice à cheval suffisait pour en faire découler une quantité de liquide plus considérable. Je pourrais multiplier les exemples de variations dans la perspiration des conduits fistuleux, et ils porteraient également à croire qu'il serait très-aisé d'y déterminer des espèces de catarrhes.

C'est le passage des matières qui, empêchant que le contact immédiat des divers points de la surface des fistules soit continuel, s'oppose à la réunion pendant la première période. C'est ce même passage, lorsque la matière est irritante, qui entretient la phlogose et tous les accidens qui en dépendent : on en a la preuve dans la longue durée de ces accidens, lors des fistules stercorales, tandis que dans les autres fistules ils sont moins intenses et durent moins long-temps. C'est une observation intéressante que celle qui confirme qu'une même matière qui est émise pendant long-temps par la même voie accidentelle, ne produit pas toujours le même effet : ainsi, l'urine qui occasionne d'abord de la douleur, et entretient les phenomènes de l'inflammation dans une plaie dont le trajet vient de se couvrir de bourgeons charnus, finit par ne plus produire aucun effet : elle coule sans que les malades s'en aperçoivent. Ceci résulte des observations nombreuses des Auteurs, et se trouve d'accord avec les observations faites sur d'autres fistules, et notamment sur des fistules stercorales. L'homme à la fistule urinaire, duquel j'ai parlé plusieurs fois, n'éprouvait plus rien par la sortie de l'urine, mais il paraissait sensible au contact d'un stylet, ou de quelque corps dur porté sur la membrane de cette fistule. En général, le contact d'un corps étranger que l'on applique à la membrane encore nouvelle des trajets fistuleux, ne fait éprouver que très-peu de douleurs. Il est même douteux qu'elle en soit véritablement le siège; car on peut croire que la pression se communiquant aux parties sous-jacentes, ce sont ces dernières qui, étant le siège d'une phlogose,

dounent des marques de sensibilité. Tous les chirurgiens savent qu'à cette époque on coupe les excroissances des plaies sans occasionner de douleur, et que plus tard cette section peut être très-douloureuse. Il est à remarquer que dans les premiers temps des plaies et des fistules, les bourgeons et les excroissances qui naissent immédiatement du derme sont très-sensibles : souvent on ne peut pas les toucher avec la pierre infernale (nitrate d'argent fondu), sans faire éprouver de vives douleurs. Il est facile de saisir le rapport qui existe entre cette sensibilité et celle que l'on observe d'une manière extrêmement marquée dans les plaies suppurantes des doigts, et sur-tout dans celles de leur pulpe. Qui n'a pas reconnu que dans la plaie résultant de l'amputation d'un doigt, les bourgeons du centre qui répondent à l'os ne présentent pas le même phénomène, que ceux de la circonférence ?

Dans tous les cas, la sensibilité m'a paru d'autant plus grande, que les bourgeons étaient formés de chairs moins fongueuses. Cette sensibilité tient-elle aux bourgeons charnus ou à l'état de phlogose des parties d'où ils naissent immédiatement, ou bien à ces deux causes à-la-fois ?

Croira-t-on que la membrane des conduits fistuleux, à laquelle nous avons reconnu en grande partie les caractères les plus saillans des membranes muqueuses, puisse, dans certaine circonstance, être transformée en membrane séreuse ? Lorsqu'une fistule qui est occasionnée par la présence d'une balle ou d'un petit plomb, se tarit et se cicatrise, le corps étranger restant toujours au milieu des parties, l'es-

pèce de kyste qui l'enveloppe devient de la nature des membranes séreuses. Je me suis assuré que le corps étranger souvent embrassé assez étroitement, se trouve alors au milieu d'une matière ordinairement peu abondante, et qui a quelque apparence de celle des stéatômes. M. le professeur *Dupuytren* m'a dit avoir fait une semblable observation. J'ai cru reconnaître tous les caractères d'une membrane séreuse, dans la membrane (originairement muqueuse) d'un kyste formé par l'oblitération d'un conduit excréteur de la glande sublinguale.

§. VI. *Matière de la perspiration de la membrane des fistules.* — Dans l'origine, l'espèce de membrane des conduits fistuleux étant identique avec celle de toutes les plaies suppurantes, la matière exhalée l'est aussi : c'est un véritable pus qui, suivant l'état des forces vitales ou le degré d'éréthisme, revêt tels ou tels caractères. Ceci est confirmé par l'observation journalière. Mais quelle est la nature des fluides exhalés par la membrane des trajets fistuleux anciens, lorsque ces fluides ne sont plus du pus? Je n'ai bien observé, sous ce rapport, que les fistules situées à la marge de l'anus; et lors même que celles-ci ne communiquaient pas dans le rectum, j'ai pu me convaincre qu'elles versaient souvent une humeur plus ou moins gluante ou visqueuse, quelquefois blanchâtre, et en quelque sorte semblable, au premier examen, à ce que l'on appelle des glaires. Dans les fistules salivaires, urinaires, etc., le liquide qui mouille continuellement les parois du conduit, délayant et emportant la matière de sa perspiration, ne permet que très-difficile-

ment de reconnaître la nature de cette dernière. Toujours est-il que c'est avec les fluides des exhalations muqueuses, que paraissent avoir moins de dissemblance ceux qu'exhale la membrane des conduits fistuleux, et que les uns ne paraissent pas offrir moins de différence entre eux que les autres.

§. VII. *Conclusions.* — Il me semble que l'on peut conclure de tous les faits que je viens de rapporter :

1.° Que les bourgeons charnus qui résultent du développement inflammatoire de la trame cellulo-vasculaire aux surfaces des solutions de continuité (lesquels sont par-tout identiques dans leur origine), forment avec le temps dans les trajets fistuleux, une surface analogue à celle des membranes muqueuses naturelles, et peuvent même se transformer en une véritable membrane muqueuse bien distincte des tissus sous-jacens.

2.° Que cette membrane muqueuse accidentelle se rapproche particulièrement, dans beaucoup de cas, de la membrane intérieure des conduits excréteurs.

Ces conclusions pourraient encore être rendues plus péremptoires, par la considération de l'énorme différence qui se remarque entre la membrane d'une fistule et celle d'une autre; par les transformations que manifeste quelquefois la membrane des trajets fistuleux; par la difficulté d'obtenir l'oblitération des fistules anciennes lorsque la seule cause qui paraît les entretenir a été enlevée; enfin, par l'adhérence pathologique intime que contractent les membranes muqueuses avec les tissus sous-

jacens dans les lieux où elles sont pendant assez long-temps le siège d'une irritation et d'une inflammation, et par la sorte de dégénération ou plutôt d'état commun, comme lardacé, de ces tissus. Ajoutons à ces raisons l'usage de donner passage aux fluides qui se forment au fond ou dans le trajet des fistules, et que, conformément à la loi générale qui veut que l'habitude d'un contact émousse les impressions qui en résultent, l'on peut considérer, jusques à un certain point, la membrane des conduits fistuleux, comme une limite que la nature a placée sur le chemin des fluides, ou matières irritantes, pour préserver l'organisation des atteintes fâcheuses qu'elle pourrait en ressentir.

Les changemens que manifestent pendant la première période de leur existence, les membranes des fistules, arrivent plus ou moins lentement, ainsi que les autres transformations de tissus qui sont graduelles; transformations dont la nature s'est complètement réservé le secret, comme celui des changemens souvent rapides que l'on observe dans certains fluides, et des altérations fréquemment instantanées dans les propriétés vitales. Ma tâche était d'énoncer les modifications qui amènent une transformation dans les membranes des conduits fistuleux, et de décrire ces membranes pendant leur seconde période, c'est-à-dire lorsqu'elles sont parvenues à l'état dans lequel elles persistent.

Je dois terminer ce mémoire en faisant remarquer que la présence de l'espèce de membrane résultant des bourgeons charnus, dans les trajets fistuleux commençans, dans les laies en suppuration et dans les ulcères, est

ce qui rapproche singulièrement ces maladies chirurgicales l'une de l'autre, et les distingue principalement de la *pourriture d'hôpital*, où la perte de substance, la disparition des tissus, l'érosion spontanée proprement dite, est le premier et le plus caractéristique des phénomènes. M. le docteur *Bayle* (ouvrage précité) nous apprend que dans la phthisie pulmonaire ulcéreuse, l'ulcère n'offre jamais une couche albumineuse membraniforme, ni aucune membrane distincte.

DU PANSEMENT

LE PLUS CONVENABLE DANS LES PLAIES DE POITRINE COMPLIQUÉES DE LÉSION DU POUMON;

Par M. E. Gaultier-de-Claubry, D.-M.-P., chevalier de la Légion-d'Honneur, ancien chirurgien-major de la Garde impériale, membre des Sociétés de Médecine et Médicale d'Emulation de Paris.

Long-temps dans la crainte de voir un épanchement sanguin se former à la suite d'une plaie de poitrine avec lésion du poumon, si l'on fermait de suite la blessure, on a prescrit de tenir ces plaies ouvertes pour donner au sang épanché ou qui pourrait s'épancher, une voie facile pour s'échapper au-dehors; et ce précepte était si généralement adopté, qu'on n'avait pas hésité de poser de plus comme une règle à suivre constamment, que dans le cas où la plaie serait trop petite pour laisser facilement le sang s'écouler au-dehors, on devait l'augmenter hardiment avec l'instrument tranchant. Le sang épanché primitivement

étant une fois sorti, on tenait la plaie remplie par une tente qu'on ôtait à chaque pansement : et les plus modérés, croyant suivre une indication plus simple, introduisaient dans la poitrine une bandelette de linge effilé, au moyen de laquelle le sang qui pouvait s'épancher par la suite trouva une voie facile pour filtrer au-dehors.

Cette pratique avait pour effet primitif d'anéantir la fonction respiratoire dans le poumon du côté de la blessure, par la pression que l'air extérieur introduit dans la poitrine exerçait sur cet organe ; aussi tous les pathologistes recommandaient-ils de ne pas ouvrir à-la-fois les deux côtés de la poitrine, pour que le blessé ne fût pas atteint d'un affaissement total et subit des deux poumons.

Mais l'ouverture permanente de la poitrine avait-elle seulement le grave inconvénient dont je viens de parler ? Je crois qu'elle avait aussi pour effet non moins dangereux, de stimuler vivement par l'impression de l'air extérieur la surface de la plaie du poumon, d'irriter ainsi les extrémités divisées des vaisseaux sanguins pulmonaires, et d'entretenir ou de renouveler une hémorragie qui le plus souvent devenait mortelle.

Paré dit que ceux qui ferment promptement les plaies de poitrine, quand le poumon blessé ne laisse point ou que très-peu de sang s'échapper, et qui n'y introduisent pas de tente, ont parfaitement raison, parce que par cette pratique on évite les accidens dont je viens de parler ; mais il ajoute que dans le cas où le poumon laisse échapper beaucoup de sang, ceux qui tiennent pour le principe contraire

ont également raison, à cause des accidens qu'il croyait devoir survenir par la présence du sang épanché. L'observation sur laquelle il se fonde pour prouver que dans les plaies où le poumon est lésé profondément il faut tenir la blessure ouverte, est précisément propre à démontrer que l'on doit fermer de suite toute plaie de poitrine compliquée de lésion au poumon, et d'hémorragie. En effet, il rapporte qu'un soldat ayant eu le poumon blessé dans une plaie de poitrine, un chirurgien réunit promptement la plaie par le moyen de la suture (ce qu'on pouvait faire également par les moyens plus simples de la position et des emplâtres agglutinatifs); la vie du soldat fut désormais en sûreté : mais *Paré* qui le vit au bout de vingt-quatre heures, fut obligé de couper les points de suture pour donner issue au sang caillé accumulé en quantité considérable, et dont la présence donnait lieu à divers accidens. (Liv. X, ch. XXXII, p. 240.)

Or, je crois que cette conduite du chirurgien que *Paré* reprend, est précisément ce qui a sauvé le malade; le sang qui n'aurait cessé de couler au-dehors, s'est promptement coagulé dans la poitrine et à la surface du poumon, ce qui a arrêté l'hémorragie.

Vu le peu de succès qu'on obtient ordinairement de l'ancienne manière de panser les plaies de poitrine avec lésion du poumon, je crois qu'on doit poser en axiôme, que *toute plaie pénétrante de poitrine, avec lésion du poumon, doit être réunie immédiatement, sans avoir égard à la blessure*. M. le Baron *Larrey*, le premier proposa et mit en pratique ce mode de pansement dans cette

sorte de plaie, et son ouvrage de chirurgie militaire renferme quelques observations pleines d'intérêt sur le même sujet. Supposé que l'explication qu'il donne de la cause de la réussite de ce procédé, ne soit pas également admise par tout le monde, du moins est-il constant que les faits subsistent, et ce fut toujours sur des faits que la chirurgie établit ses principes les plus salutaires dans le traitement des maladies les plus graves. Or, je vois que le précepte important de réunir de suite les plaies de poitrine avec lésion du poumon, pour empêcher l'épanchement ultérieur et éviter la mort du malade, n'est pas encore généralement adopté ni même assez connu. Je n'hésite donc pas à présenter ici quelques faits authentiques qui appuient et confirment cet utile précepte.

Le 30 juillet 1808, à huit heures du soir, à Madrid, un capitaine de chasseurs à cheval reçut à la poitrine, en se battant en duel, un coup de sabre, entre la cinquième et la sixième des vraies côtes droites, le sabre courbé, à lame élargie vers son extrémité et à double tranchant. La plaie faite par cet instrument était d'environ quatre pouces, et dirigée suivant la longueur de l'espace inter-costal. Le poumon blessé, au moins à un pouce de profondeur, présentait une plaie qui, malgré l'affaissement de l'organe, pouvait être de trois travers de doigts de largeur. Des flots de sang écumeux et rutilant s'échappaient par la plaie en bouillonnant : le blessé, de la plus robuste constitution, plein de vin et de colère, était extrêmement agité, parlait beaucoup; le sang continuait à s'échapper à grands flots; il en reje-

tait abondamment par la bouche. Comme l'hôpital militaire était près du lieu du combat, on y porta de suite le blessé, et on lui prodigua des soins assidus, mais inutiles, quand, sur mon avis et sur celui d'un autre chirurgien, ceux de nos camarades qui environnaient le blessé, consentirent à réunir la plaie à l'aide de bandelettes agglutinatives, de compresses, et d'un bandage de corps. Le malade fut couché demi-assis sur un lit, et un peu incliné vers le côté blessé. Il est inutile de dire qu'on lui fit des saignées répétées le soir même, pendant la nuit et le jour suivant; qu'il fut mis à une diète rigoureuse et largement abreuvé d'une tisane adoucissante. Il ne tarda pas à tomber dans une grande faiblesse, avec lipothymies fréquentes, sueur froide, tremblement des extrémités : il reprit ses sens pendant la nuit. Il resta entre les mains des Espagnols, lors de la retraite de notre corps d'armée, le premier août : des chirurgiens français laissés à l'hôpital de Madrid, lui donnèrent des soins assidus; et quand notre armée fit sa rentrée dans cette ville, le 4 décembre de la même année, je l'y trouvai parfaitement guéri d'une blessure qui, au premier aspect, paraissait devoir lui faire perdre la vie. On avait long-temps tenu ce blessé à une diète rigoureuse, et à l'usage abondant d'une tisanne adoucissante : il eût une large ecchymose à l'hypocondre droit quelques jours après sa blessure, mais elle ne tarda pas à se dissiper.

Pleinement satisfait de l'usage que j'avais fait, et du succès que j'avais obtenu du procédé de M. *Larrey*, la première fois que je fus à portée de le mettre en pratique, je ne

manquai pas d'en préconiser l'emploi, d'ailleurs parfaitement exempt de pouvoir produire aucun inconvénient pour le malade, et l'occasion s'étant présentée d'y avoir recours de nouveau, nous eûmes encore cette fois à nous en applaudir. Un chasseur à cheval de la Garde impériale reçut en juin 1810, à Burgos, dans un combat singulier, un coup de sabre à la partie supérieure du côté droit de la poitrine, entre la troisième et la quatrième des vraies-côtes. Le coup était pénétrant et le poumon lésé, puisqu'un sang rouge et écumeux sortait par la plaie, et que le blessé en rejetait par la bouche une grande quantité qui présentait absolument le même caractère. On réunit la plaie par première intention, on saigna copieusement le malade, etc. A mon arrivée à l'hôpital, je n'eus qu'à faire continuer le même traitement qui fut bientôt couronné d'un plein succès; puisqu'au bout d'un mois le malade fut en état de sortir de l'hôpital parfaitement guéri. Cependant il éprouva dans la suite un affaiblissement des fonctions des organes de la respiration, qui lui firent obtenir bientôt après son congé.

Récemment encore un jeune pharmacien de ***, reçut dans un combat singulier un coup d'épée plate qui pénétra dans la partie droite du thorax, vers la troisième ou quatrième côte; le poumon fut blessé : il ne s'échappa pas de sang par la plaie extérieure, peut-être par le manque de parallélisme des parties, ou bien à cause de sa situation à la partie supérieure de la poitrine; mais le blessé en rejeta abondamment par la bouche; il eut des angoisses qui firent craindre pour sa

vie, etc. Le traitement général employé dans les plaies de poitrine, fut mis en usage, comme saignées, diète, immobilité du blessé dans une position demi-assise, mais sur-tout on réunit la plaie par première intention. En peu de jours ce jeune homme se trouva hors de danger, et ne conserva de son accident qu'une ecchymose peu considérable au bas de l'hypocondre droit, et qui ne tarda pas à se dissiper.

Lorsqu'on propose un moyen curatif simple, exempt de tout inconvénient, applicable à tous les cas de la maladie, appuyé sur une suite nombreuse de réussites d'une authenticité bien reconnue, pourquoi s'obstinerait-on à lui préférer une ancienne pratique presque constamment suivie de la terminaison la plus funeste, précisément parce qu'on ne pourrait pas se rendre une raison bien satisfaisante du mode d'agir de la nature dans le cas supposé? Eh! ne savons-nous point que dans tous les cas, le mode d'action de la nature, est la véritable raison pour laquelle un procédé curatif vaut mieux qu'un autre? Ne doit-il pas suffire qu'il soit bon et d'une grande utilité, sans inconvénient, et ne laissant aucune crainte fondée sur l'avenir? En effet, on s'est recrié contre le mode de pansement des plaies de poitrine avec lésion du poumon, que je propose ici d'après l'expérience de M. *Larrey*, et d'après la mienne propre, parce qu'on a craint qu'il ne fît que faciliter l'épanchement sanguin dans la poitrine; accident qu'on se proposait précisément de prévenir en tenant celle-ci ouverte. Mais, d'une part, et j'avouerai volontiers que j'en ignore la vraie cause, il paraît qu'il ne se

forme pas alors d'épanchement considérable, ou que le sang est ensuite résorbé; fait dont on ne peut pas disconvenir dans un grand nombre de cas, et qui ne surprendra jamais celui qui a quelques idées exactes sur les facultés immenses du systême absorbant; et d'autre part, on sera toujours à temps d'en venir à l'opération de l'empyème pour fournir issue au sang épanché, si par la suite quelques signes révèlent sa présence, et qu'il se manifeste des symptômes qui puissent faire craindre qu'elle ne devienne préjudiciable. Or, rien de semblable n'a eu lieu dans les cas que M. *Larrey* a publiés, et dans les trois faits analogues qui se sont offerts à mon observation; les suites de la réunion prompte et immédiate de la plaie, ont été un bien-être presque subit des blessés, un rétablissement prompt; et chez deux d'entre eux une ecchymose plus ou moins considérable au bas de l'hypocondre droit ou aux environs de la plaie; différence bien grande de la terminaison ordinaire suivant l'ancienne méthode. C'est pourquoi, bien que, dans cette capitale, plusieurs grands praticiens ayant adopté cette manière de panser les plaies de poitrine, il m'a paru intéressant de publier une suite de faits propres à en démontrer de plus en plus les grands avantages, et à en étendre l'usage parmi les jeunes chirurgiens qui trouvent encore des préceptes entièrement opposés dans des ouvrages modernes devenus classiques.

RAPPORT

MÉDICO-LÉGAL.

Les médecins soussignés (1), après avoir examiné avec la plus grande attention le recueil d'instruction et les pièces de procédure concernant la partie médico-légale d'un procès entre l'héritière de feu *Fried*, de Strasbourg, et le sieur *Pfeffinger*, procès où il s'agit de statuer *sur l'application de l'article* 1975 *du Code civil* (2), *et de déterminer, par conséquent, si le sieur* Fried, *le* 11 *mars* 1809, *jour de la passation du contrat de vente de sa maison, était atteint ou non de la maladie dont il est décédé deux jours après la passation dudit contrat*, estiment ce qui suit :

Les dépositions des divers témoins entendus dans cette affaire, établissent avec certitude, 1.° que le sieur *Fried* a été atteint, il y a dix ans, d'une attaque d'apoplexie, laquelle apoplexie laissa après elle une paralysie du côté droit du corps, et une paralysie de la langue avec dureté de l'ouïe.

2.° Que quelques années après, le sieur *Fried*

(1) MM. les professeurs *Desgenettes* et *Chaussier*; MM. les docteurs *Renauldin* et *Marc*.

(2) Art. 1975 : *Il en est de même du contrat* (c'est-à-dire qu'il ne produit aucun effet), *par lequel la rente a été créée sur la tête d'une personne atteinte de la maladie dont elle est décédée dans les vingt jours de la date du contrat.*

éprouva à deux reprises différentes une attaque légère d'apoplexie ; savoir, l'une au mois de mars 1808, et l'autre dans les premiers jours de janvier 1809.

3.° Enfin, que le 12 mars 1809, c'est-à-dire le lendemain de la passation du contrat de vente en viager de sa maison, le sieur *Fried* a éprouvé à la suite d'un accès de colère, une dernière attaque d'apoplexie qui, le jour suivant, s'est terminée par la mort du malade.

Les dépositions relatives à l'état des facultés intellectuelles du défunt, n'offrent pas la même concordance :

Mathias Schoemmer (pièces d'instr., témoin N.° 1), perruquier du défunt, déclare bien que depuis le premier janvier 1809, les forces du sieur *Fried* avaient sensiblement diminué ; mais ce témoin ne dit rien de l'état des facultés intellectuelles.

Le docteur *Schweighauser* (tém. N.° 2), ne fait pas davantage mention de l'état des facultés intellectuelles.

Jean Reidlin, officier de santé (tém. N.° 4), dit que le malade était faible, mais ne parle pas de la faiblesse d'esprit.

Antoine-François-Thomas Lacombe, notaire (tém. N.° 10), a trouvé dans une conversation qu'il a eue avec le défunt vers l'époque de la passation de l'acte, que *Fried* avait tout le jugement et la présence d'esprit nécessaires à la passation d'un contrat de cette importance.

Jean-Michel Remond, propriétaire, négociateur de la vente (tém. N.° 11), a visité à ce sujet à plusieurs reprises le sieur *Fried*, et l'a trouvé chaque fois sain d'esprit, et comme

un homme qui jouit parfaitement de ses facultés intellectuelles.

Georges-Frédéric Lutz (tém. N.° 12), a toujours trouvé le sieur *Fried* sain d'esprit.

Cependant :

Frédéric-Louise Goldschmitt, veuve *Treutel* (tém. N.° 3), dit qu'elle a toujours trouvé le défunt faible d'esprit.

Geoffroy Speisser (tém. N.° 5), parle de la faiblesse des facultés intellectuelles du défunt, et dit qu'elles ont sensiblement diminué dans les six dernières années de sa vie.

Magdeleine Pické, femme *Vinterle* (tém. N.° 6), déclare que depuis le premier janvier les facultés intellectuelles de *Fried* avaient sensiblement diminué.

Elisabeth Rueb, femme *Speisser* (tém. N.° 7), a également remarqué une diminution des forces physiques et intellectuelles; elle dit qu'il était comme un enfant.

Anne-Marie Fischer, servante de la veuve *Treutel* (tém. N.° 8), a fait une déposition où elle parle de la diminution des forces intellectuelles de *Fried*.

Elisabeth Allemand (tém. N.° 9), a remarqué chez *Fried*, depuis le 2 janvier 1809, un affaiblissement des facultés intellectuelles.

Telles sont sommairement les principales données qui résultent des déclarations des témoins, et sur lesquelles les médecins consultés devront asseoir leur jugement.

Les médecins s'accordent à regarder l'apoplexie comme une privation subite, plus ou moins complète, de la sensibilité et des mouvemens volontaires, avec état soporeux plus ou moins profond, résultant d'une affection im-

médiate ou médiate de l'organe encéphalique.

Ainsi, quelle que soit la cause essentielle de l'apoplexie, le cerveau perd primitivement ou consécutivement, autant qu'elle dure, la force de concevoir et de comparer des idées ; d'où il résulte nécessairement, et en premier lieu, qu'un apoplectique est hors d'état de contracter et de signer l'acte qu'il aurait contracté.

Mais doit-on considérer comme continuité d'une même maladie, cet état du cerveau qui constitue l'apoplexie et les suites que celle-ci laisse après elle ; suites qui, dans l'espèce, sont principalement l'hémiplégie, la dureté de l'ouïe, la difficulté de la parole, et, selon plusieurs témoins, l'affaiblissement des facultés intellectuelles ?

L'apoplexie est regardée, par tous les médecins, comme une maladie aiguë. Les experts de Strasbourg semblent également adopter ce principe ; mais ils désignent la paralysie comme le mode chronique de cette maladie.

Déja cette seule distinction, en supposant que nous l'admettions, semble s'opposer à ce qu'on puisse regarder l'apoplexie et la paralysie comme une même maladie, et par conséquent considérer, dans l'espèce, la dernière comme la continuité de l'autre.

Pour rendre plus sensible la justesse de notre opinion, il suffira de l'étayer de quelques comparaisons tirées de divers autres états maladifs.

Ainsi la pneumonie aiguë, ou inflammation aiguë des poumons, et l'inflammation lente de cet organe, quoiqu'elles offrent entre elles beaucoup plus d'analogie que l'apoplexie et la paralysie, ne peuvent cependant être regardées comme une même maladie ; chacune d'elles

ayant une marche différente, des symptômes différens; chacune d'elles enfin exigeant un traitement particulier. Il en est de même de beaucoup d'autres maladies, telles que le catarrhe aigu et le catarrhe chronique, l'hydropisie aiguë et l'hydropisie chronique du cerveau, le délire aigu et le délire chronique, etc. Chacune de ces diverses maladies peut, à la vérité, passer facilement du mode aigu au mode chronique, et *vice versâ;* mais alors il y a toujours défaut de continuité de la même maladie, et passage ou conversion d'un état maladif dans un autre d'une forme tout-à-fait différente.

En conséquence, alors même que l'on admettrait un mode aigu et un mode chronique de l'apoplexie, la paralysie d'un ou de plusieurs organes peut-elle être considérée comme ce mode?

Pour adopter une semblable opinion, il faudrait que l'on observât entre ces deux affections des rapports essentiels qui n'existent pas entre elles.

En effet, si l'on examine les phénomènes propres à l'une et à l'autre, on est autorisé à croire que chacune d'elles a un siège différent; c'est-à-dire, que dans ce qu'on appelle communément paralysie, il y a lésion partielle des nerfs destinés aux mouvemens et à la sensibilité de certains organes. Dans l'apoplexie il existe en outre une suspension ou même une abolition des fonctions nerveuses d'où dépend la perception du *moi*.

Il est donc constant que bien que dans les deux maladies il y ait, généralement parlant, lésion d'un même systême d'organes, cette lésion

a lieu dans chacune d'elles sur des points tout-à-fait différens, et que ce qu'on appelle hémiplégie ou paralysie d'une moitié du corps, n'est pas plus le mode chronique de l'apoplexie que, par exemple, la rupture d'un muscle quelconque de la cuisse serait le mode chronique d'une rupture du diaphragme. Disons plus : l'apoplexie chronique est même un état qui ne peut se rencontrer, parce que la mort serait bientôt le résultat inévitable du dérangement prolongé de fonctions aussi essentiellement nécessaires à l'acte de la vie, que le sont celles qui se trouvent profondément frappées dans l'apoplexie proprement dite.

Si la paralysie est un état maladif différent de l'apoplexie, et si elle ne peut être considérée comme le mode chronique de celle-ci, que sera-t-elle donc à son égard? L'observation, dépouillée de tout esprit de systême et d'hypothèse, peut seule résoudre ce problême d'une manière satisfaisante. C'est elle en effet qui nous apprend, 1.° que la paralysie de telle ou telle partie autre que le cerveau se manifeste souvent sans qu'il y ait apoplexie ou même disposition apoplectique, et qu'alors elle est produite par des causes où l'encéphale ne joue aucun rôle; telle est, par exemple, la paralysie déterminée par la compression, la section ou la distension de certains nerfs, par la métastase ou, si l'on aime mieux, par le transport d'irritation morbide d'un organe vers un autre, etc., etc. 2.° Que, dans d'autres cas, la paralysie précède l'apoplexie; qu'elle en est en quelque sorte l'avant-coureur. 3.° Enfin, qu'elle est une suite à-peu-près constante de l'apoplexie.

Ces distinctions, fondées sur des faits trop

positifs pour qu'on puisse les contester, établissent que la paralysie est une affection différente de l'apoplexie ; mais que, dans certains cas, elle peut en être le symptôme ou la conséquence.

C'est notamment cette dernière circonstance qui se présente dans l'espèce.

L'hémiplégie dont *Fried* était atteint, a été la conséquence d'une première attaque d'apoplexie : or, la conséquence d'une maladie n'est pas la maladie qui l'a produite. Ainsi l'hémiplégie n'était pas plus l'apoplexie que le raccourcissement d'un membre à la suite d'une fracture consolidée par les moyens chirurgicaux et le temps, n'est la fracture; pas plus que les adhérences qu'à la suite d'une péripneumonie la plèvre pulmonaire contracte avec la plèvre costale, ne sont la péripneumonie; pas plus enfin, que l'œdème qui, à la suite d'une fièvre longue, survient aux jambes, n'est la fièvre.

En conséquence, l'assertion d'ailleurs juste des médecins de Strasbourg, qu'une maladie n'est pas terminée quand les symptômes qui la caractérisent n'ont point disparu, ne peut, en aucune manière, être appliquée au cas dont il s'agit, puisqu'à l'époque où *Fried* a contracté, il n'existait aucun symptôme d'apoplexie, mais seulement les conséquences d'attaques antérieures, et sur lesquelles il nous reste maintenant à nous expliquer.

Les diverses attaques d'apoplexie éprouvées par un individu à diverses époques, loin d'établir une continuité dans la même maladie, nous semblent prouver précisément le contraire. Lorsqu'une première attaque d'apoplexie n'a pas été mortelle, le sentiment du *moi* se réta-

blit, les facultés intellectuelles reprennent peu à-peu de l'énergie; et quoique cette energie parvienne rarement au même degré qu'auparavant, quoique la mémoire sur-tout reste affaiblie, l'ensemble des facultés intellectuelles finit néanmoins par offrir au bout d'un certain temps, dans le plus grand nombre de cas, un état assez satisfaisant.

Les nouvelles recherches cadavériques de M. *Riobé*, non-seulement expliquent jusqu'à un certain point par quelle opération la nature remédie elle-même aux désordres que l'apoplexie détermine dans les fonctions du cerveau; mais elles prouvent en outre incontestablement que chaque attaque d'apoplexie est une maladie indépendante, isolée de l'attaque ou des attaques précédentes; en un mot, que l'apoplexie qui a lieu à une époque, n'a d'autre rapport aveo celle qui survient à une autre époque, que la disposition du sujet et les causes occasionnelles qui peuvent avoir agi sur lui.

Pour mieux faire sentir notre opinion, éclairons la encore cette fois par des exemples tirés d'autres états maladifs. Ainsi un homme qui a un accès de goutte en aura vraisemblablement d'autres par la suite; mais on ne s'avisera pas de dire qu'il a la goutte lorsqu'il jouit de la santé et qu'il est sans douleurs.

Autre exemple : supposons qu'un individu que nous désignerons par la lettre *A*, ait eu dans le mois de janvier 1815, plusieurs accès de fièvre quotidienne pernicieuse; le dernier accès s'est manifesté le 15 janvier. *A* reste les quinze jours suivans sans fièvre, et n'éprouve

seulement qu'une faiblesse générale déterminée par la maladie. Cependant au commencement de février il est atteint derechef d'une fièvre quotidienne pernicieuse à laquelle il succombe au deuxième ou au troisième accès; pourra-t-on dire qu'*A* est mort d'une maladie dont il était atteint dans la dernière quinzaine de janvier? Nous ne le pensons pas, puisque la maladie qu'il a essuyée antérieurement à cette époque avait été interrompue, ou, pour mieux dire, avait cessé pendant la dernière quinzaine de janvier.

En appliquant ce qui vient d'être dit à l'espèce, nous ne pouvons donc considérer, avec les médecins de Strasbourg, la dernière attaque d'apoplexie qu'a éprouvée *Fried*, comme une maladie dont il était atteint à l'époque où il a contracté, pas plus que nous ne pouvons regarder l'hémiplégie et la dureté de l'ouïe comme une chaîne qui, chez lui, ait établi une continuité entre les diverses attaques dont la dernière a été fatale.

Mais ce qui ne peut être nié, c'est que la première attaque d'apoplexie dont l'hémiplégie a été une conséquence; c'est que sur-tout les deux attaques subséquentes, quoique plus faibles que la première, devaient faire prévoir avec une extrême vraisemblance qu'une nouvelle attaque terminerait tôt ou tard l'existence de *Fried*; parce qu'il est prouvé généralement, et qu'il est reconnu de tout le monde, que la prédisposition à une maladie n'est pas la maladie; et que, par conséquent, la prédisposition à l'apoplexie ne peut être et n'était ici l'apoplexie.

Une dernière question enfin se présente;

c'est celle qui est relative à l'état mental de *Fried.*

La faiblesse des facultés intellectuelles déterminée par une première attaque d'apoplexie, n'établit pas plus que la paralysie, la continuité d'une même maladie entre cette première attaque et les attaques subséquentes. Les principales raisons que nous avons déja alléguées dans le courant de ce rapport, peuvent encore s'appliquer ici. D'ailleurs, la faiblesse des facultés intellectuelles, ou ce qu'on appelle communément faiblesse d'esprit, ne peut donner directement lieu à une enquête relative à l'application de l'article 1975 du Code civil, puisque cet état n'est pas par lui-même mortel.

Cependant, comme d'autres dispositions de ce Code pourraient rendre nécessaire que nous nous expliquions à l'égard de l'état mental de *Fried,* nous puiserons, en le faisant, notre opinion, d'une part, dans les dépositions des témoins, et, d'une autre part, dans les renseignemens qui constituent l'instruction.

Le nombre de témoins dans cette affaire est de douze; sur ces douze témoins, trois, parmi lesquels se trouvent le médecin et le chirurgien du défunt, ne parlent pas de l'affaiblissement ou du dérangement d'esprit, ce que ces deux derniers n'eussent probablement pas omis de faire, si cet état eût été assez marqué pour mériter d'être consigné dans leur déposition.

Trois autres témoins, parmi lesquels se trouve le notaire, assurent que *Fried* était parfaitement sain d'esprit.

Lorsqu'on analyse les dépositions des six témoins que nous plaçons à la suite des six premiers, on voit qu'aucun d'eux ne parle,

d'une manière positive, de la perte du jugement de *Fried;* mais que ces dépositions semblent plutôt se rapporter à l'affaiblissement de la mémoire et à la difficulté de s'énoncer. *Elisabeth Rueb,* il est vrai, dit que le défunt était comme un enfant; mais reste à savoir ce qu'elle entend par cette expression vague, et qui, de la manière dont elle est consignée dans le procès-verbal, peut se rapporter à l'état physique comme à l'état moral, sur-tout en langue allemande.

Quant à la déposition d'*Elisabeth Allemand,* elle est d'accord avec celles des autres témoins sur ce qui s'est passé jusqu'au 2 janvier 1809; mais à dater de cette époque, *Fried* aurait éprouvé, selon *Elisabeth Allemand,* des attaques, très-courtes à la vérité, mais périodiques, de deux en deux jours. N'a-t-on pas lieu d'être surpris que cette femme seule parle d'une circonstance aussi importante dont aucun autre témoin, pas même le médecin de *Fried,* n'a fait mention; et ne semble-t-il pas que cette version d'*Elisabeth Allemand* tende à faire disparaître de sa déposition une sorte de contradiction qui y règne. En effet, on y trouve *qu'à dater du 2 janvier les forces corporelles et intellectuelles de* Fried *diminuèrent très-sensiblement, au point que dans la même matinée il demandait deux à trois fois la même chose; que cet état a continué jusqu'à sa mort; et que depuis le premier janvier* 1809 *il ne pouvait plus écrire.* Cependant, on trouve à la suite de cette déposition : *que le contrat a été passé un samedi après-midi, jour auquel le sieur* Fried *se portait bien;* enfin, il est constant que ce même *Fried,* qui

depuis le premier janvier 1809 ne pouvait plus écrire, a signé le contrat. On voit que ces contradictions, et qu'en général le vague de cette disposition, empêchent qu'on puisse en tirer une induction quelconque.

Les rensoignemens annexés au recueil de pièces d'instruction, et qu'il serait inutile de reproduire ici, tendent tous à confirmer l'intégrité des facultés mentales du défunt, à l'époque où il a passé le contrat.

Ainsi, en fondant positivement notre opinion, d'une part, sur la preuve testimoniale, et d'une autre part, sur les vrais principes de l'art, nous pensons :

1.° Qu'à l'époque où le sieur *Fried* a contracté avec le sieur *Pfeffinger*, lui *Fried* jouissait de l'aptitude physique et mentale nécessaire pour pouvoir contracter.

2.° Que le sieur *Fried* est mort d'une maladie à laquelle il était prédisposé à l'époque où il a contracté.

3.° Que la maladie dont le sieur *Fried* est mort le deuxième jour après la passation du contrat qui fait le sujet de ce procès, n'existait pas à l'époque où ce contrat a été passé; mais qu'elle n'a été déterminée que deux jours après, par un accès de colère qui, en agissant comme cause occasionnelle, a exalté la disposition maladive préexistante, au point de déterminer la maladie devenue mortelle.

DISSERTATION PATHOLOGIQUE

SUR L'ANÉVRISME DE L'ARTÈRE CAROTIDE;

Par M. JACQUES VOSE (1).

DEPUIS un petit nombre d'années seulement, l'anévrisme de l'artère carotide ne passe plus pour être constamment mortel. *Astley Cooper*, célèbre chirurgien anglais, est le premier qui ait osé tenter l'opération hardie de la ligature de cette artère, contre l'avis des anciens maîtres de l'art, et contre celui de la plupart de ses contemporains. Le succès couronna pleinement son entreprise, et il eut la gloire de reculer par là les limites de la science. Quoique les Auteurs qui ont écrit jusqu'à nos jours rapportent un assez grand nombre de cas de cette sorte d'anévrisme, ils les considèrent plutôt comme des faits curieux que comme des affections qui pourraient réclamer l'attention du praticien pour chercher à en obtenir la guérison. L'opinion si généralement répandue, que ces anévrismes étaient au-dessus des ressources

(1) *Disputatio Pathologica de arteriæ carotidis aneurismate*, etc.; *pro gradu doctoris summisque in medicina honoribus ac privilegiis, ritè et legitimè consequendis; eruditorum examini subjicit* Jacobus Vose, *novi eboraci civis.—Edinburgi*, 1809.

de l'art, a donc réduit ceux qui en ont rapporté des exemples, à noter leurs symptômes, et à faire remarquer que ces sortes de tumeurs, par leur accroissement rapide, comprimaient les vaisseaux qui se rendent à la tête, et devenaient un obstacle au libre exercice de la déglutition et de la respiration. Le chirurgien, triste spectateur de ces maux, qu'il ne pouvait ni prévenir, ni soulager, était donc réduit à accuser les bornes et l'impuissance de son art. Ces derniers motifs ont aussi engagé plusieurs écrivains, d'ailleurs très-recommandables, à passer entièrement sous silence l'histoire et la description de ces affections, et rien ne pouvait donc être plus utile à-la-fois et plus intéressant que de réunir dans un même ouvrage toutes les opinions des Auteurs sur l'anévrisme de l'artère carotide, et les détails des opérations pratiquées tout récemment en Angleterre, avec tant d'habileté et de succès. M. *Vose*, un des disciples les plus instruits de l'illustre *Astley Cooper*, a cru rendre service à la science en éclaircissant ce point de doctrine chirurgicale, et il l'a traité avec tous les développemens nécessaires, dans l'excellente Dissertation dont nous rendons compte. Après avoir parcouru tous les Auteurs anciens et modernes, et recueilli le petit nombre d'observations qu'ils renferment sur cette sorte d'anévrisme, l'Auteur décrit avec beaucoup d'exactitude et de soin les causes prédisposantes, les symptômes et la terminaison fatale de ces affections lorsqu'elles sont abandonnées à elles-mêmes. Il combat ensuite les objections qu'on a élevées contre l'opération, et cherche à démontrer combien elles sont peu fondées.

Il ne pense pas que la ligature de l'artère carotide puisse troubler les fonctions de l'organe cérébral, et il en donne pour raison que les autres artères peuvent à la longue prendre un assez grand volume pour remplacer l'artère oblitérée, et que d'ailleurs la privation de cette partie de sang ne saurait entraîner de bien graves inconvéniens : n'a-t-on pas trouvé chez un individu une des artères carotides entièrement oblitérée, et le diamètre de l'autre considérablement diminué sans qu'il en soit résulté rien de fâcheux ? L'analogie des animaux ne nous montre-t-elle pas que les deux carotides peuvent être liées sans aucun effet nuisible sur les fonctions du systême nerveux, et l'animal remis à terre après ces expériences n'a fait apercevoir aucune diminution des mouvemens volontaires : on reconnaissait en lui les mêmes affections qu'auparavant; il conservait le même appétit, et ne montrait pas une plus forte disposition au sommeil qu'un animal qui aurait été soumis à une expérience qui cause quelque douleur, mais qui ne porte aucune impression profonde sur les fonctions vitales. Une préparation anatomique faite sur un de ces chiens a été conservée. Elle montrait l'injection des vaisseaux principaux qui continuaient la circulation, tels que les deux artères thyroïdiennes et les deux branches de chaque artère vertébrale passant sous l'angle de la mâchoire inférieure. Peut être pourra-t-on ici reprocher à l'Auteur de tirer des inductions de ligatures des artères carotides faites sur les animaux, et la raison en est facile à saisir : c'est que dans une opération de cette importance, où l'anatomie et la physiologie doivent être les seuls

guides, il ne faut pas perdre de vue l'état pathologique des parties. En effet, après avoir pénétré à travers la peau, les muscles peaucier, sterno-mastoïdien et omo-hyoïdien, il est difficile de ne pas comprendre dans l'anse de fil avec la carotide, la veine jugulaire interne, et même le nerf de la huitième paire et le grand sympathique, ce qui nécessairement entraînerait les conséquences les plus fâcheuses. La séparation de ces différentes parties, possible sur les animaux dans l'état sain, offre chez l'homme malade de grandes difficultés, et il ne faut pas moins que tous les talens d'un praticien consommé pour les surmonter. L'état peu avancé de la maladie est encore, selon l'Auteur, un motif puissant pour pratiquer l'opération, et c'est à ces circonstances favorables qu'est dû le succès de la seconde tentative de l'illustre *Cooper*. Elève d'un maître aussi habile, et témoin oculaire des deux cas, il appartenait à M. *Vose* plus qu'à tout autre de les faire connaître, et l'on ne peut que lui savoir gré d'en avoir enrichi son ouvrage. Comme ils sont peu connus en France, nous croyons devoir les rapporter ici en entier; d'ailleurs, ils serviront mieux à faire connaître les procédés du chirurgien anglais, et à éclaircir cet intéressant sujet, que tout ce que nous en pourrions dire.

Première Observation. — Marie Edwards, âgée de quarante-quatre ans, portait depuis environ cinq mois une tumeur au côté droit et à la partie moyenne du cou. Son volume n'excédait pas la grosseur du doigt; la malade se plaignait de violens battemens dans la tête, et ce côté était si sensible qu'elle pouvait à peine supporter le plus léger toucher; elle éprouvait

en même temps une toux violente, et elle ne prenait des alimens solides qu'avec une extrême difficulté.

Un examen attentif fit voir que la tumeur occupait les deux tiers du cou; qu'elle avait un très-grand mouvement de pulsation, et que la peau qui la recouvrait était amincie dans sa partie la plus saillante. On éleva alors de grands doutes sur la possibilité de passer une ligature entre la clavicule et la tumeur, à cause du peu d'espace qui existait entre ces parties. Cependant tous les avis se réunirent pour pratiquer l'opération qui fut faite le premier novembre 1805, en présence de plusieurs gens de l'art.

La tumeur à cette époque se portait du menton au-delà de l'angle de la mâchoire, et s'étendait en bas à deux pouces et demi de la clavicule. M. *Astley Cooper* fit une incision de deux pouces de longueur, sur le bord interne du muscle sterno-mastoïdien, depuis la partie inférieure de la tumeur jusqu'à la clavicule, incision qui mit à découvert les muscles omoplat et sterno-hyoïdien, et qui, dirigée vers la trachée-artère, mit aussi à nu la veine jugulaire. Le mouvement de cette veine fut la seule difficulté que présenta l'opération, parce que, selon les différens états de la respiration, elle se présentait à l'instrument, ou dilatée, ou dans un état de relâchement. Portant ensuite son doigt dans la plaie pour contenir cette veine, M. *Cooper* fit une autre incision sur le trajet de l'artère carotide, et l'ayant mise à nu, il la sépara du nerf de la huitième paire, et introduisit au-dessous une aiguille courbe munie de deux fils, ayant soin de rejeter le nerf récurrent d'un côté, et le

nerf de la huitième paire de l'autre. Ces deux fils furent alors serrés à un demi-pouce environ l'un de l'autre, distance la plus grande dont ils pussent être séparés. Il usa de ce moyen, qu'il regarde comme important, pour éviter en divisant l'artère, les dangers d'une hémorragie. Il craignait aussi que la ligature fut rejetée par la force des contractions du cœur, et l'espace était trop petit pour qu'on pût prévenir l'hémorragie par un autre moyen. Aussitôt que les ligatures furent serrées, toute pulsation cessa dans la tumeur.

L'opération étant terminée et la plaie pansée mollement, la malade se leva de la chaise sur laquelle elle avait été placée pendant l'opération, et fut immédiatement saisie d'un accès de toux qui fit craindre de la voir suffoquer; cet état convulsif était occasionné par une accumulation de mucosités dans la trachée-artère qu'elle ne pouvait expulser. Une demi-heure après elle fut plus tranquille.

Elle passa une nuit assez calme. Depuis l'opération, aucune pulsation ne se faisait sentir dans la tumeur; elles avaient également cessé dans le cerveau, et il n'y avait jusqu'alors aucun affaiblissement d'énergie vitale dans les différentes parties du corps.

Le second jour après l'opération, la malade ayant souffert de la tête pendant la nuit, on fit appliquer des sangsues; le mal de tête se dissipa dans la journée. La toux devint moins fatigante; le pouls offrait 96 pulsations par minute.

Le 5.e jour après l'opération, dans un violent accès de toux qu'elle eut pendant la nuit, il se manifesta un léger écoulement de sang veineux: on mit un peu de charpie sèche sur la

plaie. L'hémorragie cessa avec la toux. Dans l'après-midi la toux fut moins forte.

Le 7.e jour, le bras et la jambe du côté gauche tombèrent dans un état d'engourdissement qui ne permettait pas à la malade de les mouvoir sans une extrême difficulté. Elle avait passé une très-mauvaise nuit, se plaignant de douleurs dans les os, et d'une sensation particulière qui lui faisait croire que les dents étaient ramollies. Elle n'avait aucune douleur de tête.

Le 8.e jour, toux moins fatigante que la veille; sommeil de huit heures pendant la nuit; mouvement du bras plus libre que le jour précédent; desir de prendre quelque nourriture, mais impossibilité d'avaler aucun aliment solide. Cessation des douleurs dans la tête et dans la tumeur; mais pendant la toux seulement, élancemens douloureux dans la plaie.

Le 9.e jour, mouvemens du bras gauche plus libres encore que la veille, mais toujours plus embarrassés que ceux du côté opposé. Toux par-fois très-violente. Les ligatures beaucoup plus près des bords de la plaie qu'on ne les avait encore vues depuis l'opération.

Le 10.e jour, la malade fut moins tourmentée de la toux, et elle eut assez de forces pour se lever sur son séant, et se servir de son bras avec une facilité telle, qu'il fallait une attention particulière pour s'apercevoir de quelque différence dans l'usage de ses deux bras. La plaie ayant été mise à découvert, on retira les ligatures avec la portion d'artère comprise entre elles, et l'on rapprocha les bords au moyen d'une bandelette agglutinative.

Le 12.e jour, sommeil de huit heures pendant la nuit ; état très-satisfaisant ; déglutition beaucoup plus facile ; diminution très-notable du volume de la tumeur ; absence totale des douleurs.

Le 15.e jour, agitation extrême. La tumeur augmente de volume, et devient très-douloureuse au toucher ; la plaie reprend la même étendue qu'immédiatement après l'opération, et rend une humeur sanieuse. La malade se plaint d'une extrême difficulté d'avaler, et d'une toux plus violente encore, après les accès de laquelle elle faisait de pénibles efforts comme si elle eût voulu vomir. Le pouls battait 96 fois par minute, et son bras gauche devint de nouveau plus faible que le droit.

Le 16.e jour, très-mauvaise nuit ; douleur très-vive dans la tête ; augmentation considérable du volume de la tumeur ; douleur du cou occasionnée par la moindre pression ; pouls très-fréquent, langue chargée.

Le 17.e jour, pouls très-fréquent ; point de sommeil pendant la nuit, malgré quarante gouttes de laudanum ; la tumeur de plus en plus augmentée, et la peau qui la recouvre d'un rouge tirant sur le brun.

Le 18.e jour, sommeil de trois heures pendant la nuit ; 108 pulsations ; pouls très-petit. Impossibilité d'avaler la salive qui coule continuellement de sa bouche, et accès de toux violent toutes les fois que la malade essaie de l'avaler.

Le soir du même jour, 120 pulsations par minute ; sueur abondante ; impossibilité d'avaler. Mort.

Examen du cadavre. — A l'ouverture on trouva le sac anévrismal enflammé, et une grande

quantité de pus autour du caillot qu'il contenait ; l'inflammation s'étendait au-dehors du sac, le long de la huitième paire de nerfs, jusqu'à la base du crâne.

La glotte était presque fermée, la surface interne de la trachée paraissait enflammée, et sa membrane muqueuse était recouverte d'une concrétion lymphatique. L'accroissement subit que les parties avaient pris par l'inflammation, ajouté au volume que la tumeur présentait avant l'opération, avait occasionné une pression telle sur le pharynx, qu'il ne pouvait que difficilement admettre une bougie de la grosseur d'une plume d'oie.

Les nerfs n'ayant souffert aucune lésion, les ligatures ayant passé entre le récurrent et l'artère d'un côté, et entre cette dernière et la huitième paire de l'autre, on a dû attribuer la mort à l'inflammation du sac anévrismal et de toutes les parties adjacentes : inflammation qui fit augmenter le volume de la tumeur, et qui détermina sur le pharynx une pression capable d'empêcher la déglutition ; et sur le larynx, des accès de toux violens et répétés, capables d'empêcher la respiration et de faire suffoquer la malade.

Un pareil évènement aurait pu néanmoins être prévenu en pratiquant l'opération, quand la tumeur n'avait encore qu'un petit volume, et qu'elle n'occasionnait pas une pression si forte sur des parties aussi importantes ; ou bien si ayant acquis un volume considérable, comme dans ce cas, on eût ouvert la tumeur et on l'eût débarrassée du sang coagulé qu'elle contenait, aussitôt que l'inflammation se manifesta. On ne put obtenir la permission d'ou-

vrir la tête, et la cause de la paralysie demeure ainsi inconnue. On sait qu'elle ne parut pas immédiatement après l'opération, mais bien au bout de huit jours : elle se manifesta à l'époque où la malade fut tourmentée d'un spasme violent; elle diminua quand le spasme s'affaiblit, et revint avec plus de force quand il reparut; mais comme il est probable que l'irritation qu'elle avait soufferte était due à ce que l'opération avait été trop long-temps différée, cela ne doit pas empêcher de la pratiquer dans le cas où la maladie serait moins avancée.

On peut voir, dit toujours M. *Cooper*, d'après ce qui vient d'être rapporté, qu'on ne doit rien objecter relativement à cette opération, sur les dangers d'une hémorragie à l'époque où les ligatures se sont séparées, puisque, quoiqu'elles n'aient été ôtees de la plaie que le douzième jour, et séparées de l'artère que le onzième, l'extrémité ulcérée de l'artère avait été oblitérée par la ligature et par le caillot de sang qui adhérait fortement à ses parois. Delà on peut conclure que l'artère carotide peut être tout aussi sûrement liée qu'aucune autre artère du corps humain.

Bien pénétré de la possibilité de réussir, l'illustre *Cooper* résolut de saisir la première occasion de répéter l'opération, avant que la maladie eût fait des progrès assez grands pour nuire, d'une manière remarquable, à d'autres fonctions qu'à celle du passage du sang dans l'artère carotide. Le hasard servit ses souhaits, et lui procura le sujet qu'il desirait rencontrer. C'était un homme d'un esprit froid, et se soumettant avec la plus scrupuleuse exactitude au traitement qui lui était prescrit.

La tumeur qu'il portait n'avait que deux pouces et demi de diamètre. Le cou était d'une longueur assez considérable pour que l'on pût mettre à nu l'artère carotide. Voici les détails de cette observation :

Seconde Observation, tirée des papiers de M. Vose, et insérée par M. Astley Cooper, *dans le premier volume des Transactions Médico-Chirurgicales.*

Humphridius Humphreys, âgé de cinquante ans, employé à porter des barres de fer au moyen d'un collier placé autour du cou et sur les épaules, avait observé depuis six ou sept mois environ, une tumeur ayant un mouvement de pulsation et du volume d'une noix, située sur le côté gauche du cou, précisément sous l'angle de la mâchoire, et s'étendant delà vers le cartilage thyroïde ; elle était accompagnée d'une vive douleur dans la partie gauche de la tête, douleur qui se faisait sentir depuis environ cinq mois, et à laquelle était joint un sentiment de pulsation dans le cerveau. Cette tumeur altérait la voix au point de la rendre rauque. Il éprouvait de plus, et tout récemment, une toux accompagnée d'une légère difficulté de respirer, et qui semblait être le résultat d'une pression sur le larynx. Il sentait quelquefois un dégoût marqué pour les alimens ; tandis que pendant trois ou quatre jours il mangeait ensuite de bon appétit. Il éprouvait une sensation de froid à laquelle succédait une chaleur dans l'oreille gauche, et il avait souvent une sorte de mal-aise en mangeant, mais qui n'allait pas jusqu'à le faire vomir.

Pendant toute la durée de sa maladie, lorsqu'il essayait de se baisser, il ressentait une douleur insupportable, comme si sa tête eût été prête à se fendre, des vertiges, la vue se perdait, et il survenait une insensibilité presque totale du corps. L'œil gauche qui pendant quelque temps avait été graduellement fermé, paraissait alors presque aussi ouvert que le droit, et conservait par fois la faculté de recevoir l'impression des rayons lumineux. On lui fit appliquer à cette époque un vésicatoire sur la tête, ce qui soulagea un peu sa douleur. Un mois après on lui en appliqua un autre qui fut suivi du même succès, mais il ne le garda que peu de jours, et il continua ses travaux jusqu'au jour qui précéda l'opération.

La dilatation de l'artère carotide se faisait apercevoir au-dessous de l'angle de la mâchoire, et environ vers l'espace qui résulte de la division de l'artère carotide primitive. La tumeur était à-peu-près du volume d'un œuf de poule, et proéminait dans son milieu. Le jour de l'opération, ses pulsations étaient d'une force remarquable. Lorsqu'on vidait le sac par une pression faite au-dessous de l'artère, la tumeur s'élevait ensuite à son volume primitif par une seule contraction du cœur.

M. *Cooper* se proposa de lier la carotide commune au-dessous de la partie dilatée, et l'opération fut pratiquée le 22 juin 1808, à une heure après-midi, à l'hôpital de Guy.

Il commença son incision vers le milieu de la hauteur du cartilage thyroïde, sur la base de la tumeur, et il l'étendit à un pouce de la clavicule sur le côté interne du muscle sterno-mastoïdien. En relevant le bord interne de ce mus-

cle, on vit distinctement le muscle scapulo-hyoïdien croiser la direction de ces vaisseaux. Le nerf de la neuvième paire fut aussi mis à découvert. Le sterno-mastoïdien fut ensuite séparé du scapulo-hyoïdien, et l'on aperçut la veine jugulaire, laquelle, étant distendue à chaque expiration, cachait l'artère sur laquelle elle était appliquée. Tirant de côté cette veine, on distingua la paire vague couchée entre elle et l'artère carotide, mais un peu à son côté externe; le nerf fut aisément évité.

Une aiguille mousse, construite à ce dessein, et portant avec elle une double ligature, fut alors passée sous l'artère. Ces deux ligatures ainsi passées, l'inférieure fut serrée immédiatement: alors isolant l'artère des parties environnantes dans l'étendue d'un pouce au-dessus de la ligature inférieure, on serra la supérieure. Enfin, une aiguille munie d'un fil fut passée au-dessous de l'artère, et alors on termina sa division.

L'opération étant finie, on réunit les bords de la plaie au moyen de bandelettes agglutinatives, séparant les ligatures de chaque côté et les faisant reposer sur un petit gâteau de charpie, maintenu lui-même par des bandelettes agglutinatives.

M. *Vose*, mon élève, dit M. *Cooper* (1), (dont l'exactitude fut continuelle, aux soins

(1) Nous avons cru devoir rétablir ici ces deux lignes que la modestie de M. *Vose* lui a fait supprimer dans son ouvrage, mais qui se trouvent textuellement dans le premier volume des Transactions Médico-Chirurgicales. Elles prouvent, ce nous semble, l'estime méritée que l'illustre *Cooper* a pour M. *Vose*.

et aux connaissances duquel nombre de mes opérés ont été redevables de leur prompt rétablissement), demanda au malade s'il éprouvait quelque sensation extraordinaire aux environs de la tête; il répondit que pour la première fois depuis quatre ou cinq mois il se trouvait soulagé d'une douleur cruelle qui s'étendait sur la tempe gauche, laquelle était accompagnée d'un violent battement de toutes les artères de ce côté.

La pulsation dans la tumeur n'avait cependant pas cessé entièrement, quoiqu'elle fût tellement diminuée qu'à peine pouvait-on la sentir, ainsi que purent s'en convaincre plusieurs personnes présentes à l'opération.

Cette circonstance pouvait s'attribuer au retour du sang par l'artère carotide interne venant du cerveau, en conséquence des anastomoses nombreuses qui existent au-dedans du crâne entre les vaisseaux artériels. Le malade fut placé dans son lit, la tête élevée, et dans cette position il se sentit tout-à-fait soulagé.

Même jour, huit heures du soir, pouls à son état naturel, absence totale de douleurs dans la tête.

Le 2.e jour après l'opération, nuit assez tranquille, toux légère, pouls dans l'état naturel.

Le 3.e jour, la pulsation continue dans la tumeur qui est douloureuse au toucher, et qui a acquis un degré de fermeté remarquable. Le sang qui était fluide avant l'opération s'est coagulé. Douleur et sentiment de plénitude dans tout le côté droit de la tête.

Le 4.e jour, le malade ne se plaint d'aucune douleur; il éprouve seulement un symptôme

incommode qui consiste dans un râlement provenant de l'accumulation des mucosités dans le larynx. Pouls tranquille.

Le 5.e jour, diminution remarquable de la tumeur, pouls modéré, aucune irritation nerveuse.

Le 6.e jour, agitation marquée pendant la nuit, toux fatigante, douleur dans la tête, esprit abattu, pouls naturel.

Le 7.e jour, nuit bonne, léger battement dans la tumeur, laquelle est considérablement diminuée; nulle douleur.

Le 9.e jour, la plaie fut pansée pour la première fois, et réunie autant que les ligatures purent le permettre; elle est exempte de toute irritation.

Le 16.e jour, la tumeur est alors réduite à la moitié du volume qu'elle avait avant l'opération.

Le 19.e jour, la ligature supérieure s'étant séparée, fut ôtée par M. *Vose*.

Le 20.e jour, la ligature inférieure fut aussi ôtée; pulsations très-obscures.

Le 22.e jour, le volume de la tumeur était réduit à moins de moitié : la pulsation y était très-peu sensible, mais elle continua jusqu'au commencement de septembre, époque à laquelle la tumeur avait presqu'entièrement disparu, et où tous ceux qui l'examinèrent purent se convaincre que les battemens avaient totalement cessé. On sentait très-bien les pulsations des artères temporales et faciales.

La plaie fut long-temps à se cicatriser; ce retard eut pour cause un sinus placé sur le trajet des ligatures, et un fungus qui prit naissance dans l'endroit où le sinus avait existé.

Cet homme se rétablit parfaitement et retourna à ses occupations habituelles. Le succès de cette opération consola de la non-réussite de la première, et assura la possibilité de sauver la vie dans une circonstance qui jusqu'alors avait été regardée comme funeste. Le sujet de cette observation n'a éprouvé aucune diminution des facultés physiques et morales, si ce n'est un affaiblissement d'action des artères temporales et faciales du côté où il fut opéré. La tumeur a tout-à-fait disparu, et il n'est plus sujet à ces maux de tête qui l'avaient tourmenté si cruellement. La profondeur de cet anévrisme, ajoute M. *Cooper*, m'a fait présumer qu'il était situé dans l'artère carotide interne. Cela me porta à espérer que le reflux du sang, quoiqu'il soit suffisant d'abord pour produire une légère pulsation dans la tumeur, ne continuerait pas cependant à l'accroître; car comme cette artère, pour pénétrer dans le crâne, passe à travers un canal osseux situé un peu au-dessus de la tumeur, elle ne pouvait pas se dilater dans cet endroit pour apporter dans le sac anévrismal une quantité additionnelle de sang; de sorte que son effet était déja aussi grand qu'il pouvait le devenir; mais si cet anévrisme eût été un anévrisme de l'artère carotide externe, le succès m'eût paru plus douteux à cause de la quantité de vaisseaux communiquans.

L'on peut voir, par ces deux observations et par un grand nombre d'autres empruntées aux auteurs des différentes nations de l'Europe, que M. *Vose* n'a rien épargné pour donner à son ouvrage toute la perfection desirable. Cette Dissertation est écrite en latin : le style en est

pur, correct, élégant, et c'est encore le moindre de ses mérites. Elle est propre, en un mot, à assurer la réputation de son Auteur (1).

(1) Ces observations sont extraites de la traduction du premier volume des Transactions Médico-Chirurgicales.

De l'Imprimerie de MIGNERET, Imprimeur du Journal de Médecine, rue du Dragon, F. S. G., N.° 20.

BULLETIN

DE

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Rédigé par M. BRESCHET, Secrétaire-général de cette Société (1).

N.° VIII. — AOUT 1815.

EXTRAIT

D'UN MÉMOIRE SUR CES DEUX QUESTIONS;

Le typhus peut-il être contagieux sans être en même temps épidémique?

La contagion du typhus peut-elle être bornée ou s'étendre indéfiniment?

Par M. Denis Morelot, docteur en médecine à Beaune, département de la Côte-d'Or, membre des Sociétés de Médecine de Montpellier, Avignon, Grenoble, etc.

On entend ordinairement par le mot contagion, l'acte qui transmet une maladie d'un

(1) C'est chez ce médecin, (place du Pont-Neuf,

corps malade à un corps sain, par le toucher. D'après cette définition, beaucoup d'Auteurs ont été disposés à n'admettre comme contagieuses que les seules affections cutanées. *Giannini*, dans son Traité des fièvres, s'appuyant sur ce principe, a admis, pour rendre raison du miasme contagieux du typhus, qu'il fallait nécessairement qu'il existât quelque exanthême, pour que ces sortes de maladies pussent devenir contagieuses. Ces suppositions de *Giannini* ne me paraissent nullement fondées; car le typhus peut être contagieux sans exanthême, et les exanthêmes peuvent fort bien n'être point contagieux, ce dont j'ai pu me convaincre plusieurs fois dans le cours d'une pratique assez longue et assez étendue. Je ne sais s'il faut admettre, avec *Hildenbrand*, une matière contagieuse d'une nature analogue à celle de la variole, de la peste, etc. Il est possible que cela existe, ainsi que le dit cet Auteur dans son Traité du Typhus contagieux; mais je n'étendrai pas mes recherches sur la nature de l'agent qui transmet la maladie; je me bornerai à faire en sorte de résoudre les deux grandes questions que je me suis proposées, par le récit de ce qui s'est passé sous mes yeux.

Le 12 mars 1812, il arriva dans notre ville un premier convoi d'environ 800 prisonniers Espagnols qui venaient directement de Valence

---

N.° 15), qu'on doit adresser, *francs de port*, les mémoires imprimés ou manuscrits, les observations et tous les ouvrages de médecine qu'on desirera présenter à la Société, ou faire insérer dans son Bulletin.

en Espagne. Ce convoi fut suivi successivement d'un grand nombre d'autres qui tous étaient sortis du même lieu. Ces infortunés arrachés à leur famille, et qui avaient souffert probablement de cruelles privations et de longues fatigues, long-temps avant d'être faits prisonniers, soumis tout-coup à un genre de vie encore plus rude, faisant une route pénible à travers les neiges des Pyrénées, ces infortunés, dis-je, devinrent bientôt la proie d'une cruelle maladie qui en moissonna indistinctement chaque jour un très-grand nombre. L'impossibilité de laisser les malades dans les villes d'Espagne que les convois traversaient, forçait de traîner, sur de mauvaises voitures, cette foule immense de prisonniers attaqués du typhus: L'humanité eut, sans doute, plus d'une fois à gémir des traitemens cruels de la politique; mais la prudence obligeait de ne laisser, derrière soi, aucun malade qui, quelques jours après, serait devenu un soldat qu'il aurait fallu combattre de nouveau. Ce fut dans cet état de misère et de maladie, que les prisonniers Espagnols parvinrent en France. On se fit alors un devoir de recevoir dans les hôpitaux ou dans des lieux pratiqués exprès pour eux, tous ceux que l'état grave de la fièvre mettrait hors d'état d'aller plus loin. Malgré cependant cette attention, il arrivait rarement un convoi dans une ville, sans qu'on ne rencontrât sur les voitures un ou plusieurs individus qui y étaient morts. Je pourrais presque assurer que plus de la moitié des prisonniers qui furent faits à Valence, ont été attaqués de la fièvre ataxique dont il est question; et, ce qui m'est encore un sujet d'étonnement, c'est

que la totalité n'ait pas été atteinte du fléau, car j'ai vu ces infortunés arriver, au milieu des boues, par la pluie ou la neige, sans chaussures, sans vêtemens, et les mauvais haillons qui les couvraïent, imbibés d'eau; la lassitude les forçait à se jeter sur la paille, et la nuit se passait sans qu'ils pussent s'y échauffer.

Dès la fin de mars, époque de leur arrivée, notre ville comptait déja une foule d'habitans atteints du typhus, parmi ceux qui avaient été en contact immédiat avec les Espagnols; et l'on crut reconnaître que les personnes qui s'étaient trouvées dans l'intérieur de la caserne, sans toucher les Espagnols, étaient absolument exemptes de l'affection morbifique. Au reste, on eut aussi à remarquer que la maladie qui s'était communiquée avec tant de force, des prisonniers aux habitans généreux qui les avaient secourus, ne continua point de se transmettre de ceux-ci à d'autres.

On pourrait se faire cette question : comment ces soldats purent-ils transmettre par le contact la maladie dont ils étaients atteints, à des personnes qui n'y avaient nulle prédisposition? C'est ce dont je ne puis donner aucune explication satisfaisante. Les personnes charitables qui les secoururent étaient en général fortes et bien constituées, du moins toutes celles à qui j'aï été dans le cas de donner des soins. Que des individus privés des choses les plus essentielles à la vie, accablés sous le poids des calamités les plus affreuses, deviennent la victime d'une maladie pestilentielle, cela est aisé à concevoir, car toutes ces circonstances sont autant de causes d'affections morbides; mais que des individus forts et bien portans soient

saisis tout d'un coup d'un mal aussi terrible que le typhus, on ne peut concevoir ce développement qu'en supposant un virus contagieux très-puissant, et une action spécifique de ce virus sur tout l'individu sain.

Cette action est niée par M. *Nacquart* (Dictionnaire des Sciences Médicales), qui ne regarde le typhus que comme une épidémie miasmatique ou par infection; car pour qu'un virus contagieux, dit ce même médecin, développe son action, il faut qu'il y ait absorption, ce qui exige un travail du systême lymphatique, et, d'après ce principe, M *Nacquart* dépouille les typhus de leur caractère contagieux. Ce n'est pas, ajoute-t-il, qu'ils ne puissent communiquer la maladie par un contact réel, mais ce contact n'agit alors que comme feraient les vapeurs du malade reçues à quelques pouces ou à quelques pieds de distance. Cette opinion détruit l'idée qu'on avait de l'action contagieuse du typhus. Cependant *Lind*, *Pringle*, *Letsom*, *Hildenbrand*, *Pinel*, et un grand nombre d'autres professeurs non moins savans, sont d'accord sur la nature éminemment contagieuse du typhus, et si j'ose ajouter mon faible témoignage à celui de tant de grands maîtres, dans la maladie qui se développa dans notre ville, on n'en vit les symptômes que chez ceux qui la contractèrent par le toucher réel et immédiat. Je fournirai à l'appui de mes assertions quelques observations qui serviront à les confirmer.

Première Observation. — M. *C.*, âgé de 22 ans, d'un tempérament sanguin, fort et vigoureux, est mis en réquisition pour conduire avc deux chevaux une voiture de ces

prisonniers ; le temps devient mauvais, le chemin difficile, il monte un moment sur sa voiture, et reste ainsi à côté des Espagnols qu'il conduisait, pendant environ une heure. Dès le troisième jour après ce contact avec ces malades, il y eut développement des accidens du typhus, vertiges, diminution dans les idées ; M. *C.* sentait lui-même qu'il avait une disposition à délirer ; fatigues extrêmes qu'il disait sentir dans tous les membres ; ses forces étaient déja comme abattues. Je ne donnerai pas ici l'histoire détaillée de toute sa maladie qui dura vingt-un jours, et qui fut accompagnée de tous les accidens les plus graves du typhus. Jamais je n'ai vu les taches pétéchiales portées à un plus haut degré ; la gangrène des vésicatoires fut tellement forte, que le malade porta des ulcères aux jambes et au cou long-temps même après sa guérison. Le traitement que je mis en usage fut à-peu-près le même que celui auquel j'eus recours chez tous les individus qui furent confiés à mes soins. J'employai les solutions de camphre, car le délire du malade fut toujours si violent, que l'administration de ce remède en bols eût été impossible. Je donnai les décoctions de quinquina, ou des potions avec l'extrait de cette substance animées avec l'éther sulfurique. Je prescrivis pour boissons ordinaires des infusions de plantes amères avec addition d'une once d'acétate d'ammoniaque par pinte : j'ordonnai aussi du bon vin et des bouillons restaurans administrés de trois en trois heures. La guérison de ce malade fait honneur à l'art, soit en raison des accidens graves qui constituèrent cette maladie, soit à cause des épiphé-

nomènes qui s'y développèrent. Je dois dire cependant que la partie pharmaceutique fut extrêmement ménagée. Au reste, dans tout le cours de cette épidémie contagieuse, j'ai toujours évité avec soin le vain étalage d'une polypharmacie plus nuisible qu'utile aux malades sous tous les rapports, et je puis assurer que je n'ai eu qu'à me féliciter du plan que je m'étais tracé.

Seconde Observation. — M. *M.*, aubergiste, âgé d'environ quarante ans, homme athlétique, fut également mis en réquisition pour fournir des chevaux pour transporter les Espagnols. Dans le moment où on les entassait pêle-mêle sur les chariots, M. *M.*, par commisération pour leur faiblesse, prenait sous les bras ces infortunés et les plaçait sur les voitures. Il fut bientôt la victime de son zèle, car peu de jours après, M. *M.* était atteint du typhus.

Troisième Observation.—M.lle *Victoire F...*, âgée de 25, d'un tempérament sanguin, et bien constituée, car elle n'avait jamais été malade, mue par des sentimens religieux, allait chercher, dans la caserne où l'on déposait les prisonniers, ceux qui lui paraissaient les plus malades; elle leur ôtait avec courage les misérables chaussures qui leur tenaient à peine aux pieds; elle leur donnait des bas, des souliers, leur distribuait des chemises; enfin, elle faisait, pour eux, tout ce que la charité chrétienne peut commander de plus étendu. Son zèle et son dévouement eurent bientôt une funeste récompense. Elle fut saisie de la fièvre, et les accidens se développèrent avec une intensité si effrayante, que je crus plu-

sieurs fois, qu'elle ne résisterait pas à leur violence. J'observai, chez cette demoiselle, un épiphénomène que je n'ai vu que cette seule fois : c'est une hydrophobie symptomatique. L'horreur pour toute espèce de liquide fut telle, que pendant vingt-quatre heures il ne fut pas possible de lui rien faire avaler ; et moi-même me reposant sur la confiance entière qu'elle avait en moi, voulant essayer si je ne vaincrais pas sa résistance, je lui présentai un peu de bouillon. La malade entra aussitôt dans une espèce de convulsion, et s'élança pour mordre ma main qui lui offrait le breuvage. Des synapismes promenés sur différentes parties des extrémités inférieures, firent cesser ce terrible accident, et la fièvre suivit, au milieu des orages, tous ses périodes qui cessèrent le vingtième jour, par des sueurs critiques abondantes.

Quatrième Observation.—Le fils de M. *L*..., âgé de quinze ans, d'une constitution sanguine et robuste, était constamment dans la caserne des Espagnols, malgré les avis de ses parens. Ce jeune homme rendait à ces infortunés tous les services qui dépendaient de lui ; et comme il était assez grand, il les aidait à marcher ou à se lever. Ce zèle mal-entendu eut une fort mauvaise issue, puisqu'il fut atteint du typhus peu de temps après qu'il leur eut rendu ces premiers services. La fièvre se développa avec la plus grande intensité, et parcourut toutes ses phases. Au milieu des plus grands dangers, il y eut chez ce jeune homme un spasme fixé à la poitrine qui me donna de fortes inquiétudes pour ses jours. Des vésicatoires volans triom-

phèrent de cet accident. Je combattis également avec succès tous les autres symptômes de la fièvre, et la crise eut lieu le 20.e jour par des sueurs abondantes.

Cinquième Observation. — La mère, la sœur et deux des enfans de la famille *P....*, excités également par la commisération qu'inspiraient ces infortunés, et par des motifs de religion, rendirent aux prisonniers Espagnols tous les services qui dépendirent d'eux. Ils s'étaient rendus, en quelque sorte, les commissionnaires d'une foule de personnes bienfaisantes, mais qui voulaient rester inconnues. Aussi toute cette famille ne tarda-t-elle pas à éprouver les atteintes du typhus. Les contacts avec les Espagnols avaient été si fréquens, que les accidens parurent se développer en proportion. La plus jeune des quatre malades, âgée de dix-sept ans, d'une constitution sanguine, forte et vigoureuse, fut atteinte la première. Je ne la vis que le 10.e jour, et le 11.e elle mourut. Le 9.e jour de la maladie, elle avait eu ses règles. Soit qu'on ne s'en fût pas aperçu, soit qu'une sœur de la Charité qui lui donnait alors des soins n'eût pas cru que ce fût quelque chose d'important, une potion purgative est administrée à cette jeune fille le 10.e jour. Dès le soir, les règles se supprimèrent; la tête se prit avec une telle violence, qu'il survint un délire furieux dans l'instant même. C'est dans ces circonstances que je fus appelé; mais tout ce que je pus employer n'empêcha pas l'infortunée de succomber vingt-quatre heures après ma première visite. La fièvre fut extrêmement violente, chez les trois

autres individus de cette famille. Cependant le délire fut moins fort chez la mère que chez les autres ; mais il y eut pour principal symptôme une diarrhée si abondante, que la malade fut réduite à la plus extrême faiblesse. Sa convalescence fut extrêmement longue, et ce n'est qu'au moyen des soins les plus assidus que je suis parvenu à conserver cette intéressante femme à sa famille.

Sixième Observation. — Le nommé *Billiotte*, âgé d'environ trente ans, d'un tempérament fistuleux, et plongé dans une extrême misère, fut choisi par la police pour placer dans la bierre les individus qui étaient morts dans la caserne pendant la nuit. Sa femme l'aidait dans cet affreux service. *Billiotte*, avant de placer les cadavres dans cette bierre, avait soin de les dépouiller entièrement des mauvais habits qu'ils avaient ; ils les portaient ensuite chez lui, sans prendre aucune espèce de précaution. Là, ses trois enfans en bas-âge s'amusaient à porter ces haillons d'un lieu de la chambre dans un autre. Cette incurie, cet oubli de toute précaution, coutèrent cher à toute cette famille. Le père, la mère et les trois enfans furent atteints de la fièvre ataxique. On les transféra à l'hospice, où ils moururent tous du 9.e au 12.e jour.

RÉFLEXIONS

de MM. *Alard*, *Gaultier-de-Claubry* et *Roussille-de-Chamseru*, sur le mémoire précédent.

Il nous semble que les deux questions que M. le docteur *Morelot* se propose de résoudre, sont absolument sans objet; car personne n'ignore que bien des principes de contagion, de même que ceux du typhus, tantôt s'arrêtent dans leurs progrès et ne produisent point d'épidémie, tantôt se développent à l'excès, suivant que le virus est plus actif, et que beaucoup d'individus sont plus susceptibles d'en être atteints. Alors, selon le sens de la deuxième question, ce qui peut quelquefois rester borné, peut aussi, dans d'autres circonstances, s'étendre indéfiniment.

Notre Auteur donne à entendre que par le mot contagion, on veut exprimer l'acte qui transmet une maladie d'un corps affecté à un corps sain par le toucher. Nous ferons observer que la contagion n'est point un acte, mais un effet; c'est, au passif, la transmission par conctact médiat ou immédiat d'une maladie du corps qui en est affecté, à un corps sain. Cette définition, qu'on peut lire dans le Dictionnaire de M. *Nysten*, est plus exacte et plus complète que celle dont l'Auteur se sert. Qu'avons-nous besoin qu'il combatte à cette occasion les hypothèses, soit de *Giannini*, soit d'*Hildenbrand*, qui ne sont que des autorités du troisième

ordre ? L'un veut que le typhus manifeste des exanthêmes pour qu'il soit contagieux; l'autre pense que le miasme du typhus est analogue au virus de la peste et de la variole : de telles conjectures ne sont d'aucune valeur pour ajouter à ce qu'on sait déja par d'autres observations plus exactes.

Le médecin de Beaune employe quatre pages à raconter l'arrivée dans sa ville des prisonniers Espagnols, qui en moins d'un mois y répandirent le typhus épidémique : mais tout ce long récit se réduit, pour la substance médicale, à nous apprendre que le contact immédiat des personnes saines avec les malades, a éminemment propagé la maladie. Ce sont de ces vérités familières dont il ne conviendrait pas de tirer, comme le fait l'Auteur, une conséquence exclusive contre l'influence du contact médiat qui est toujours à redouter, et qu'il importe de combattre par tous les secours de propreté et de désinfection dont les habitans de Beaune ont su se précautionner, en s'abstenant d'ailleurs d'approcher des malades, quand ils ont eu fait l'expérience du danger du contact. En effet, si trop souvent le contact immédiat a été le principal moyen de communication, combien de fois aussi a-t-il suffi que des personnes saines fussent plongées pendant un certain temps dans l'atmosphère corrompue d'un grand nombre de malades atteints du typhus, pour être elles-mêmes frappées de la maladie! Qu'il nous soit permis d'en citer quelques exemples. L'un de nous a été à portée d'observer à Valladolid, en 1809, une affreuse épidémie de fièvre typhoïde : non-seulement les infirmiers qui soignaient les malades, les chirurgiens qui

pansaient leurs plaies ou leurs vésicatoires, les médecins qui leur touchaient le pouls, ont été en grand nombre atteints de la maladie, et beaucoup d'entre eux moissonnés par elle; mais des pharmaciens qui ne faisaient autre chose que suivre les visites et distribuer les médicamens, et qui n'ont jamais touché les malades, ont également contracté cette affection. Un adjudant-major de place qui passait seulement de temps à autre à son tour dans les divers hôpitaux, y prit la maladie qui devint mortelle chez lui en peu de jours. En 1811, à Léon, chef-lieu de la province de ce nom en Espagne, une épidémie analogue se déclara avec une effroyable intensité parmi les troupes de la Garde impériale. Le chef d'état-major de la division qui allait quelquefois visiter les hôpitaux, y fut atteint de la maladie et y succomba au cinquième jour; et il est certain qu'il n'avait touché aucun des malades. Il y a environ trois mois, il entra dans les salles de médecine de l'hôpital de la Charité, un homme chez lequel le typhus se déclara au bout de deux ou trois jours; il n'avait eu aucun contact avec ses voisins; et cependant à peine deux jours s'étaient écoulés, quand le malade, couché depuis long-temps dans le lit le plus proche, et qui était trop faible pour se lever et aller toucher son voisin, fut également atteint du typhus. Comme on séquestra de suite ces deux malades, nous ne pûmes suivre plus long-temps l'expérience, dont le résultat eût été probablement la propagation de la maladie à plusieurs des individus couchés dans les lits suivans. En général, nous pensons bien que s'il ne se trouve dans un lieu sain d'ailleurs qu'un seul

malade atteint de typhus, il faudra suivre un contact immédiat, du moins une approximation très-grande du lit où il est couché, pour que les personnes saines soient atteintes de la même maladie; mais nous n'hésitons pas à croire que lorsqu'un grand nombre de typhus sont réunis dans une seule salle, sur-tout moins saine, la maladie exercera son empire à une distance plus ou moins considérable dans l'atmosphère au milieu de laquelle les malades sont placés; ce qui malheureusement n'est que trop démontré par l'histoire des fièvres dites nosocomiales ou des prisons, ou par celle des diverses épidémies typhoïdes.

Revenons à notre sujet. Pourquoi M. *Morelot* s'occupe-t-il ensuite d'une vaine question; savoir, comment le contact a transmis le typhus à des individus qui, selon lui, n'y avaient aucune prédisposition? Pourquoi fait-il cette dernière supposition sans preuve, puisqu'il est connu de tout temps que dans les épimies, à côté de la classe débile chez laquelle la maladie n'a pas toujours une intensité proportionnée à la faiblesse du sujet, on voit nombre de personnes plus vigoureuses en être frappées mortellement? Voilà des faits que tous les observateurs respectent, sans en chercher d'autre explication que celle du fait même constamment répété.

M. *Morelot* prête ensuite à M. *Nacquart* des opinions que celui-ci n'a point émises. De ce que cet observateur regarde le typhus comme une épidémie miasmatique ou par infection, il faut admettre que son attention se porte sur le contact médiat ou immédiat, si ordinairement propre à multiplier les malades dans ce qu'on

appelle foyer d'encombrement, où le contact immédiat, inévitable pour ceux qui les assistent, n'a pas une action aussi exclusivement puissante que le veut insinuer M. *Morelot*; car en général on parvient à en repousser victorieusement les effets, tant que l'on a soin de leur opposer les moyens personnels de propreté et de salubrité.

Les six observations de typhus rapportées par l'Auteur, sont des témoignages surabondans de la nature contagieuse si souvent éprouvée de cette maladie, lorsque l'on néglige ou que l'on est dans l'impossibilité d'entourer d'abord les malades de beaucoup de soins de propreté, et d'en prendre pour soi-même en les fréquentant. La lecture de la première observation suffit pour démontrer la profonde habitude du praticien en fait de médecine expérimentale et bien raisonnée, et l'on sait que M. *Morelot* a une réputation justement acquise d'habile médecin. Dans la troisième observation, il fait mention d'un singulier épiphénomène; savoir, d'une hydrophobie symptomatique, laquelle a cédé à des synapismes promenés sur divers points des membres inférieurs. Cette méthode des rubéfians ainsi étendus à la surface des tégumens, a été proposée par M. le docteur *Lalouette*, afin de combattre les accidens de rage ou d'hydrophobie provenant du virus rabieux. Le succès obtenu par M. *Morelot*, et les assertions identiques de M. *Lalouette*, nous paraissent mériter l'attention des médecins, bien entendu toutefois que nous ne confondrons pas l'hydrophobie symptomatique avec celle produite par l'inoculation du virus de la rage, lors même que nous entrevoyons,

pour l'une et pour l'autre, une même thérapeutique à expérimenter. Il nous semble que le défaut de l'Auteur consiste spécialement à trop subtiliser ses idées : il insiste sur ce que le typhus qui a régné un mois à Beaune ne doit point être considéré comme épidémique, et cependant à peine les malheureux prisonniers Espagnols, qui convoyaient entre eux leur propre épidémie, furent-ils quinze jours à se cantonner dans la ville et aux environs, que de l'aveu de M. *Morelot* on y a compté une foule d'individus malades du typhus. Voilà certainement une épidémie avouée par l'Auteur, et la proposition contraire implique contradiction.

Des deux questions proposées par le médecin de Beaune, la deuxième seulement paraît plausible, en ce qu'elle s'applique à ce qui s'est passé sous ses yeux. Le typhus contracté par les habitans ne s'est point propagé au-dela des premiers malades, en assez grand nombre, mais qui n'ont point communiqué cette affection à d'autres. Ailleurs, en pareille circonstance, on a l'exemple de l'extension indéfinie de la contagion et de l'épidémie. Quant à la première question, au lieu de demander si le typhus peut être contagieux sans être épidémique, on serait plutôt fondé à demander s'il peut être épidémique sans être contagieux, et l'affirmative a souvent été soutenue dans l'ancienne Société Royale de Médecine, d'après la correspondance active qu'elle avait à entretenir sur les constitutions épidémiques. C'est aussi dans ce sens que le docteur *Nacquart* a proposé de distinguer *infection* et *contagion*. Il est notoire à la plupart des médecins qui ont, l'an passé, donné leurs soins aux ambulances de

Paris, que les malades atteints du typhus n'en propageaient pas toujours la contagion, et l'instruction publiée sur cette maladie à outre-passé les bornes de la discrétion et même de la vérité. C'est ici le cas de terminer nos réflexions par déclarer que dans de tels dangers la prudence médicale exige que l'on veille à toutes les précautions nécessaires, sans convenir du motif qui y détermine. MM. *Assalini* et *Des Genettes*, placés en Egypte au milieu d'une constitution pestilenticlle, se sont sur-tout appliqués par d'ingénieux déguisemens à prévenir l'influence funeste du moral sur le physique.

PRACTICAL OBSERVATIONS ON THE OPERATION FOR THE STONE. — OBSERVATIONS-PRATIQUES SUR L'OPÉRATION DE LA TAILLE;

Par le docteur James Earle, chirurgien extraordinaire du Roi, et premier chirurgien de l'hôpital Saint-Barthelemy.

Extrait fait par M. Chapotin, *D.-M.-P.*

Ce petit Traité, écrit avec beaucoup de clarté et de précision, est le fruit de la longue expérience d'un chirurgien habile et exercé; il renferme la plupart des préceptes les plus importans sur la maladie de la pierre et sur l'opération qu'elle exige, et on pourrait le considérer comme une analyse de ceux énoncés depuis long-temps dans les excellens ouvra-

ges que nous avons sur cette partie, mais dont M. *Earle* ne paraît pas avoir eu connaissance, puisqu'il n'en fait pas mention, et qu'il annonce comme nouveaux deux instrumens dont l'invention est due à des chirurgiens français.

L'Auteur suit le procédé opératoire usité généralement en Angleterre, au moyen du gorgeret tranchant d'*Hauckens*, pour la section du col de la vessie, en indiquant les difficultés qui accompagnent l'introduction de ce gorgeret dans la vessie, et la facilité avec laquelle son extrémité peut s'échapper de la canelure du cathéter ; il cite avec éloge un changement fait à cet instrument. Ce changement, dont il attribue l'invention à M. *Blecke*, consiste dans le rétrécissement, en forme de coulisse, d'une grande étendue de cette canelure, et dans la terminaison de la pointe du gorgeret en un petit bouton qui, étant introduit dans cette coulisse, empêche l'instrument de dévier de sa direction avant d'être parvenu à l'extrémité du cathéter où la rainure, alors plus large, permet de l'en retirer. Il annonce que le cathéter, ainsi réformé, est souvent employé à l'hôpital Saint-Barthelemy.

L'idée de cette correction n'est pas nouvelle ; *Lecat* est un des premiers qui l'ait eue. Voici ce qu'en dit le savant docteur *Deschamps*, dans son ouvrage tome II, p. 141 : « Pour rendre encore plus sûre la conduite du » gorgeret cystitôme dans la vessie, il en termina le bec par un bouton transversal qui » s'engageait dans la rainure du cathéter, » dont les bords inclinés l'un vers l'autre embrassaient le bouton ; une fois introduit dans » cette coulisse, qu'il appelait galerie rabattue,

» il ne pouvait s'en échapper, et par là le » gorgeret était sûrement conduit dans la ves- » sie sans pouvoir s'écarter de sa route. »

« En 1770, M. *Favier*, élève des Invalides, » présenta à l'Académie de Chirurgie un ca- » theter et un couteau lithotôme particulier. » Le cathéter diffère des cathéters ordinaires, » en ce qu'à vingt lignes de son bec la cane- » lure est rabattue pour recevoir le dos du » couteau qui s'y engage, sans en pouvoir » sortir, au moyen d'une rainure pratiquée » sur les côtés du dos de la lame. »

Dans un supplément à son traité, M. le docteur *Earle* avance que parmi la grande quantité d'instrumens inventés pour l'opération de la taille, le cathéter à coulisse et le gorgeret tranchant ont une grande supériorité sur les autres, mais que cependant ils sont susceptibles d'améliorations.

Une des principales difficultés de l'opération est, suivant lui, l'introduction de la pointe du gorgeret dans la rainure du cathéter, ce qui oblige souvent le chirurgien à faire plusieurs incisions avant d'y parvenir. Pour obvier à cet inconvénient, et rendre cette partie de l'opération plus rapide et plus sûre, il annonce avoir inventé un instrument destiné à faire l'incision de l'urètre avec promptitude, sûreté et précision.

Cet instrument, qu'il nomme *double cathéter*, est composé d'un cathéter ordinaire et d'une branche extérieure courbe et à rainure ouverte, fixée par une charnière au manche du grand cathéter, et destinée à passer extérieurement au-dessus du scrotum pour venir joindre le grand un peu au-dessous du com-

mencement de sa courbure : l'extrémité de cette branche, qu'il désigne sous le nom de petit cathéter, est terminée en bec de plume dont les côtés sont tranchans pour la section du canal de l'urètre.

Lorsque l'on veut se servir de cet instrument on met le malade dans la position ordinaire, on introduit le grand cathéter séparé du petit, puis on place ce dernier dans la charnière; ensuite on fait l'incision des tégumens et celle des muscles, de manière à laisser l'urètre parfaitement à nu; alors l'opérateur, après s'être assuré que le grand cathéter est bien dans la vessie, abaisse le petit et en presse l'extrémité inférieure contre l'urètre qu'elle divise, et va se loger dans un enfoncement pratiqué sur le grand cathéter; par là sa rainure se trouve continue à celle du grand, et donne la facilité d'y conduire la pointe ou le bouton du gorgeret, ou de tout autre instrument.

Une gravure jointe à la description représente cet instrument tel que je viens de l'indiquer, et dans une figure placée à côté, l'Auteur fait connaître un changement qu'il a jugé convenable pour lui donner plus de solidité : il consiste en un ressort placé sous une petite branche de l'extrémité supérieure prolongée au-dessus de la charnière; ce ressort empêche le petit cathéter de vaciller lorsqu'il est placé, et permet au chirurgien de porter toute son attention sur les autres parties de l'opération.

Les principaux avantages de cet instrument sont, dit l'Auteur, 1.° de servir de guide pour l'incision des tégumens : on doit la commencer un pouce à-peu-près au-dessus du point de réunion du petit cathéter au grand, et la prolon-

ger d'environ deux pouces au-dessous ; 2.° de diviser l'urètre dans la place la plus favorable pour l'opération, qui est la partie membraneuse moins fournie de vaisseaux, et par conséquent moins exposée aux hémorragies ; 3.° d'indiquer de suite l'endroit, souvent si difficile à trouver, de la rainure du cathéter où l'on peut placer avec certitude la pointe du gorgeret.

Sans entrer dans la discussion des avantages ou des inconvéniens de cet instrument, et sans vouloir déprécier le mérite de ce chirurgien distingué, je me bornerai à dire que la méthode la plus simple est toujours la meilleure ; et je répéterai, avec le professeur *Deschamps*, » que l'instrument le meilleur entre les mains » d'un lithotomiste habile, est celui dont il a » l'habitude de se servir. »

Le célèbre *Lecat* inventa dans les commencemens de sa pratique, plusieurs instrumens très-ingénieux auxquels il renonça dès qu'il fut plus exercé.

Je ferai encore remarquer, quoique M. *Earle* paraisse l'ignorer, que la première idée d'un instrument semblable appartient aux Français, et je citerai, à l'appui de mon assertion, l'extrait suivant de l'ouvrage du docteur *Deschamps* :

« En 1767, un chirurgien à Roi-sur-Seine, » imagina un cathéter qui portait à sa plaque » une pièce qu'il appelait pinule ; cette pièce, » que l'on fixait à la plaque, après avoir intro- » duit le cathéter dans la vessie, se portait » vers le périnée dans la même direction que » la partie de la sonde introduite dans l'urètre, » et par le moyen d'une fente pratiquée à cette

» pièce, l'instrument piquant et tranchant que
» l'on y introduisait tombait nécessairement
» dans la canelure du cathéter, et incisait sû-
» rement l'urètre.

» M. *Jarda*, chirurgien de Montpellier, a
» eu la même pensée; à la plaque de son ca-
» théter était adaptée une pièce qui servait de
» modérateur, et qui conduisait sûrement le
» lithotome dans la canelure du cathéter. A
» cette invention il avait ajouté celle d'une
» machine assez compliquée pour soutenir le
» scrotum pendant l'opération, et de plus un
» bouton qui, introduit dans le rectum, ser-
» vait, selon lui, à éloigner cet intestin du
» tranchant de l'instrument, et à le fixer. »

TRAVAUX

DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE,

Communiqués par M. le docteur VASSAL, son Secrétaire-général, à la Société Médicale d'Emulation.

OBSERVATION

SUR UNE FOLIE ESSENTIELLE;

Par M. BÉZARD, docteur en médecine.

M. *P*...., âgé de 70 ans, d'une forte constitution, d'un tempérament éminemment sanguin, d'un caractère vif, emporté, a constamment observé depuis sa naissance une conduite pure dans ses mœurs, et une sévérité scrupuleuse

dans ses divers rapports en société : ses principes de probité le rendent très-susceptible au moindre mot désobligeant qu'il soupçonne être dirigé contre lui ou quelques membres de sa famille.

Un léger propos, dont le motif ne méritait que le mépris et le silence, fut interprété par M. *P....* comme une atteinte faite à son honneur; il exigea de celui qu'il considérait comme son agresseur, une réparation écrite dont il dicta lui-même les expressions. Cette satisfaction ne suffit pas pour le calmer; sa conversation se renfermait strictement dans le sujet dont il était affecté; il paraissait satisfait d'en faire le récit à chaque personne qui se trouve dans l'habitude de fréquenter sa maison, et plus il renouvellait ce récit avec les mêmes circonstances, plus il y mettait de force et d'exagération. Au bout de quelques jours, cet état donna des inquiétudes, et je fus appelé.

M. *P....* se croyant en bonne santé, fut surpris de ma visite; elle fut le sujet d'un violent accès d'emportement contre sa famille; je ne parvins à obtenir du calme qu'en affirmant que ma présence n'avait pour but qu'une visite de politesse. Ces premiers détails étaient nécessaires pour connaître le véritable caractère de M. *P....*

Voici les symptômes que m'offrit l'état de ce malade : chaleur mordicante à la peau, tremblement involontaire des mains, figure animée, mobilité des muscles de la face, yeux vifs et brillans, regards fixes et expressifs, pouls fort, vibrant, accéléré; bouche sèche, langue aride, brunâtre et tremblottante; haleine repoussante, loquacité continuelle; alternative de rire et de pleurs; démarche fière, soutenue

et précipitée ; desirs fréquens de l'acte vénérien ; mémoire renouvellée d'une manière prodigieuse sur des faits oubliés depuis soixante ans ; propos incohérens, appétit soutenu, déjections alvines rares et difficiles, urine limpide.

D'après la réunion de ces signes, je crus reconnaître l'existence d'une fièvre *inflammatoire cérébrale* compliquée d'affection nerveuse. Cet état durait depuis six jours.

Toutes mes représentations n'ayant pu vaincre la répugnance du malade pour la phlébotomie qui me paraissait urgente, je fus obligé d'employer d'autres moyens.

Prescription : vingt-quatre sangsues à l'anus ; pédiluves soir et matin ; lavemens émolliens ; eau de veau coupée avec partie égale de lait d'amandes ; tisane anti-spasmodique également émulsionnée ; bouillons gras et potages.

Le lendemain, 7.e jour de la maladie, mieux sensible. Continuation des mêmes boissons.

Le 8, exacerbation des symptômes, agitation extrême. Dix-huit sangsues à l'anus ; bain entier demi-froid pendant lequel on faisait des aspersions d'eau froide sur la tête ; potion camphrée avec les eaux distillées de pourpier, de laitue, et le sirop de nénuphar.

Le 9, le pouls était souple et moins accéléré, mais l'agitation augmentait à chaque moment ; il n'y avait plus possibilité de retenir le malade ni dans son lit, ni dans son bain ; il courait nu à travers les appartemens ; ses gestes et sa conversation étaient devenus obscènes ; la loquacité ne discontinuait point ; il entrait en fureur sur le moindre mot ou la plus juste observation ; enfin il menaçait, d'une manière effrayante, les personnes qui lui don-

naient des soins. Cette effervescence donnant de vives inquiétudes pour la sûreté des assistans et pour le malade, qui pendant un semblable désordre de ses facultés mentales, pouvait compromettre son existence, je pris le parti de me rendre maître de sa personne en le faisant fixer dans son lit par les moyens usités pour ce genre de maladie.

Ne reconnaissant plus chez M. *P....* l'état inflammatoire qui m'avait frappé à ma première visite, et ne trouvant aucun signe qui pût caractériser une fièvre quelconque, je fus convaincu qu'il était seulement affecté d'une folie essentielle qui parcourait probablement les périodes d'une fièvre aiguë : en conséquence, je me bornai à continuer les boissons calmantes et anti-spasmodiques, et les bains demi-froids avec ablution d'eau froide sur la tête.

Les parens ne jugeant la maladie que par les signes extérieurs qui jetaient l'effroi dans leur ame, crurent qu'il y avait un danger imminent pour ce malade. Ils me manifestèrent le desir d'une consultation qui fut convenue pour le lendemain, dixième jour de la maladie.

Les consultans furent choisis au nombre de trois, parmi les médecins de l'ancienne Faculté, tous aussi recommandables par leur savoir que par leur pratique. Cependant il y eut une diversité d'opinion assez remarquable.

Je fis l'exposé de la maladie conforme au détail que je viens de donner, et je terminai par déclarer que l'état présent du malade ne m'offrait plus que les caractères d'une véritable folie.

Le premier consultant qui prit la parole for-

ma particulièrement son opinion, d'après l'état sec et noirâtre de la langue et des gencives, et, bornant son examen à ces symptômes, son avis fut qu'il existait une fièvre maligne pour laquelle il convenait d'employer le quinquina.

Le deuxième consultant s'attacha principalement à l'agitation qui était portée au plus haut degré, à l'incohérence des idées; enfin, à la perversion totale des facultés intellectuelles. Il pensa que ces signes indiquaient une turgescence des vaisseaux cérébraux, et qu'en raison de la force physique du malade il était nécessaire de faire une saignée à la veine jugulaire, et même de la renouveller si les circonstances l'exigeaient.

Le troisième consultant fut de mon avis; il déclara qu'il ne voyait chez ce malade qu'une simple folie qui se terminerait vraisemblablement au vingt unième jour. Ensuite il résuma les opinions, et dit au premier consultant, que si l'on mettait en usage les toniques, et surtout le quinquina, on activerait infailliblement la circulation du sang; que l'appareil nerveux s'en trouverait plus agacé, ce qui contribuerait encore à augmenter l'agitation et le trouble des fonctions mentales; que l'état noirâtre de la langue et des gencives n'était nullement produit par un vice délétère pouvant faire craindre ou caractériser une fièvre de mauvais augure; mais que cette couleur était seulement entretenue par une loquacité non-interrompue.

Il fit observer au second consultant, que les deux applications de sangsues, à l'aide desquelles on avait retiré environ vingt-quatre onces de sang, avaient suffisamment dégorgé le système vasculaire, et que, d'après la souplesse

du pouls et l'âge du malade, de nouvelles saignées amèneraient un affaiblissement général qui pourrait conduire M. *P*.... à un état d'imbécillité presque toujours incurable : que d'ailleurs rien ne caractérisait la turgescence des vaisseaux cérébraux, puisqu'elle se trouve ordinairement accompagnée de céphalalgie et de l'injection des conjonctives, et qu'au contraire ces membranes conservaient leur couleur ordinaire. Il conclut par proposer que le traitement mis en usage fût continué.

Après une légère discussion entre les consultans, ils se réunirent à ce dernier avis. Il fut ensuite convenu, sur la demande de la famille, que la même consultation aurait lieu tous les trois jours. A la troisième, qui se trouva le dix-neuvième jour de la maladie, M. *P*. était à-peu-près dans la même situation, et le vingt-unième la raison et la santé reparurent comme par enchantement. Il est bon d'observer que dans le courant des dix derniers jours, le malade mangeait et remplissait toutes ses fonctions comme une personne qui jouit de la plénitude de la santé.

Vous voyez, Messieurs, qu'une maladie grave en apparence se réduit à peu de chose, lorsque la nature pouvant se suffire à elle-même n'est point dérangée par des moyens qui contrarient sa puissance. Il ne faut pas se faire illusion ; souvent la multiplicité des remèdes nuit plus au malade qu'elle ne contribue à sa guérison ; ce qui prouve de plus en plus qu'il faut étudier attentivement les plus petits détails d'une maladie, pour s'assurer si une médecine expectante n'est pas préférable, dans beaucoup de cas, à une méthode active.

Vous remarquerez aussi que, dans l'examen

de quelques maladies, les hommes de l'art les plus exercés se trouvent entraînés par des symptômes qu'ils considèrent pathognomoniques, et négligent d'en examiner d'autres également essentiels avant de porter un jugement sur le traitement qu'on doit employer. L'erreur dans laquelle tombent ces praticiens, vient peut-être de la rareté des cas qui se présentent sur certains genres de maladies. Par exemple, sans sortir du sujet qui nous occupe, beaucoup de médecins soignent peu de véritables folies; et lorsqu'ils sont appelés pour traiter cette affection, ils ne veulent pas s'écarter de l'ancien usage, qui consiste à saigner abondamment les malades, et leur faire ensuite tomber sur la tête une colonne d'eau qui les étourdit et occasionne un état d'affaissement du cerveau dont l'idiotisme est ordinairement la suite. Les saignées, les douches, peuvent être indiquées dans quelques circonstances, mais elles ne doivent pas être employées dans toutes les folies, dans tous les délires non fébriles, à moins de vouloir suivre une routine aveugle; il faut que la cause de la maladie, l'état du pouls, l'âge, la force physique du malade, etc., soient la boussole du médecin, il ne doit pas dire : c'est une folie, je vais saigner; il faut auparavant, s'assurer si les symptômes qui accompagnent cette folie exigent impérieusement cette opération.

Faute essentielle à corriger dans le dernier Numéro.

Page 267, lig. 30, de *Fried;* parce qu'il, *lisez:* de *Fried.* Nous n'entrons pas dans de plus longs détails sur ce point, parce qu'il

---

De l'Imprimerie de MIGNERET, Imprimeur du Journal de Médecine, rue du Dragon, F. S. G., N.° 20.

BULLETIN

DE

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Rédigé par M. BRESCHET, Secrétaire-général de cette Société (1).

N.° IX. — SEPTEMBRE 1815.

DES AFFECTIONS MALADIVES

DE LA VALVULE MITRALE, ET DES SYMPTÔMES QU'ELLES PRODUISENT;

Mémoire traduit de l'anglais, de Frédéric Love Hammick, D.-M.

Toutes les recherches sur les changemens de structure qu'éprouve un organe aussi impor-

(1) C'est chez ce médecin, (place du Pont-Neuf, N.° 15), qu'on doit adresser, *francs de port*, les mémoires imprimés ou manuscrits, les observations et tous les ouvrages de médecine qu'on desirera présenter à la Société, ou faire insérer dans son Bulletin.

tant que le cœur, doivent vivement exciter l'intérêt du médecin-praticien, sur-tout depuis que les affections organiques qu'on a reconnues, y sont plus fréquentes qu'on n'avait cru communément. Il est malheureusement trop vrai que tout ce qu'on peut faire dans ces cas, c'est de soulager le malade, et de lui prolonger pendant quelque temps une existence douloureuse. Il est cependant utile au pathologiste de suivre les altérations que l'organe peut éprouver, ainsi que la série de symptômes qui en résulte; car cette étude peut lui fournir des notions plus exactes sur ces maladies, et le diriger dans le traitement palliatif, le seul qu'on puisse y appliquer.

Des diverses maladies auxquelles le cœur est sujet, celles de la valvule mitrale ne sont pas les plus rares. Ce n'est cependant que dans ces dernières années qu'on les a bien observées, et que les phénomènes qui en résultent ont été appréciés avec justesse.

Les lésions organiques qu'on a observées sont très-variées, quoique les symptômes soient du même genre, et ne diffèrent entr'eux que dans le degré. Je me propose de faire connaître les lésions que j'ai eu occasion d'observer depuis quelques années que je m'occupe d'anatomie pathologique, d'y joindre quelques phénomènes que d'autres ont rapportés, et enfin d'exposer, en peu de mots, les symptômes fâcheux qu'elles produisent.

La première observation que je ferai connaître, est une affection dans laquelle la valvule avait éprouvé un changement de volume et de figure sans aucune altération de tissu. La valvule entière formait, dans ce cas, une mem-

brane presque complètement circulaire, forte et dense, occupant le passage qui conduit de l'oreillette dans le ventricule. Cette membrane était concave vers l'oreillette, et légèrement convexe du côté du ventricule. Dans son centre existait l'ouverture par laquelle ces deux cavités communiquaient ensemble. Cette ouverture semblait un peu plus petite que dans l'état sain de la partie, quoiqu'elle conservât quelque chose de sa figure naturelle ; c'est-à-dire, la figure elliptique. Elle avait un bord ferme et bien prononcé ; les cordes tendineuses étaient très-courtes, épaisses, dures, rigides, et insérées par divers points sur la surface convexe de la valvule, ce qui tendait à lui donner de la convexité du côté du ventricule. Quand aux extrémités de la valvule qui, dans l'état ordinaire, forment deux portions distinctes liées par les colonnes charnues et les cordes tendineuses, on les distinguait à peine ; car la membrane revenue sur elle-même était moins étendue à sa base où elle naissait de l'anneau fort et résistant du passage auriculo-ventriculaire, et au lieu de se prolonger dans le ventricule en deux portions distinctes, elle se repliait sur elle-même. Sa longueur, de la base de la valvule jusqu'à son bord, était très-diminuée, et ses deux longs *processus*, presque triangulaires, étaient réduits à n'être plus que des pointes sur le bord de l'ouverture centrale. J'ai vu deux exemples de ce genre de lésion, l'un sur une fille de dix-huit ans, l'autre sur une femme de cinquante.

Dans quelques cas, le même genre d'altération ayant lieu pour le volume et la figure, il existe en outre entre les deux lames de la mem-

brane circulaire, un dépôt de matière séreuse.

La seconde altération morbifique à noter, et qui est beaucoup plus commune que celle que je viens d'exposer, est l'état d'induration osseuse ou cartilagineuse de la valvule. J'ai réuni ces altérations destructives sous un même chef, parce que je les regarde comme des degrés différens de la même action morbifique, se manifestant d'une manière plus ou moins marquée suivant les individus; car la membrane qui constitue la valvule se rencontre dans tous les différens états d'opacité et de dureté, se transformant totalement en cartilage ou en os, ou bien partie en cartilage et partie en substance osseuse. Lorsque la valvule a subi quelques-unes de ces altérations, sa figure et son aspect sont également changés. Dans le simple état d'opacité et d'induration, sa figure reste la même. L'ouverture auriculo-ventriculaire n'est pas diminuée, et il n'y a d'autre effet produit que celui de dureté ou de rigidité de la valvule.

Souvent une dureté plus qu'ordinaire des cordes tendineuses, accompagne l'induration de la valvule. Dans ces cas, les cordes sont raccourcies, et l'anneau auriculo-ventriculaire a diminué de diamètre.

A mesure que la valvule approche de l'état cartilagineux, le changement dans son aspect général est de plus en plus manifeste; la partie membraneuse de cette valvule devient opaque, épaisse, dure; elle gagne sur l'ouverture commune qu'elle était destinée à protéger; enfin, les deux lames de cette valvule sont converties en deux plaques épaisses, résistantes et

demi-cartilagineuses, entre lesquelles se trouve l'ouverture par laquelle le sang coule de l'oreillette dans le ventricule rétréci et comprimé. La base circulaire de la valvule est quelquefois osseuse, épaissie ou tuméfiée. Non-seulement l'orifice auriculo-ventriculaire est rétréci, mais même le passage qui conduit de l'extrémité postérieure et supérieure du ventricule dans l'aorte, est un peu obstrué par la tuméfaction de la valvule.

Il arrive quelquefois que la surface de la valvule affectée, a une consistance ferme et charnue, tandis que la partie centrale est complètement cartilagineuse. Cela produit sur les parties environnantes le même effet que cette dernière maladie.

Il se rencontre assez souvent un dérangement de structure plus complet, dans lequel les *processus* de la valvule forment deux corps épais et résistans, d'une substance ostéo-cartilagineuse, puis un dépôt osseux irrégulier sur la surface du tissu fibreux de la valvule devenue cartilage; ou ce qui est plus fréquent, ce dépôt osseux se confond intimement avec le tissu de la valvule dégénéré. A mesure que ces altérations ont lieu, les *processus* valvulaires subissent un changement de figure; ils se contractent peu-à-peu en se raccourcissant. Les cordes tendineuses deviennent dures et osseuses, et les colonnes charnues auxquelles elles s'attachent participent à cette altération maladive. La membrane interne des cavités qui se réfléchit sur les valvules, demeure toujours sur la surface de ces plaques épaisses et ostéo-cartilagineuses, quoique, par un effet du dépôt

qui se forme entre les membranes de la valvule, de petites pointes osseuses se fassent jour au travers d'elle, ou s'y fassent sentir lorsqu'on applique le doigt. A ces dernières altérations morbifiques, se joint souvent un dérangement de structure analogue. Dans les valvules semilunaires, à l'entrée de l'aorte, ces valvules sont ou cartilagineuses et dures, ou bien elles se froncent et se contractent, présentant de petites portions granulées et irrégulières, de matière osseuse, entre les deux couches de leur membrane externe, ce qui leur fait éprouver un changement de figure plus ou moins sensible.

Une autre altération de structure très-remarquable qui affecte ces valvules, de commun avec les autres, est une excroissance d'une couleur brunâtre qui s'élève de leur substance. L'examen de ce genre d'altération, dans les cas où je l'ai rencontré, m'a fait reconnaître un dépôt de cette même matière entre les membranes de la valvule : dépôt qui la rendait beaucoup plus épaisse que dans l'état sain. Des portions de cette matière déposée faisaient saillie en dehors; et traversaient la membrane qui, conjointement avec celle de la surface interne du cœur, revêt la valvule, formaient des excroissances douces au toucher, friables, brunâtres et fongueuses, ou en forme de choux-fleurs. On voyait entremêlées avec elles des petites pointes de matière osseuse. Les cordes tendineuses étaient intactes. J'ai quelquefois eu occasion d'observer une affection analogue des valvules de l'aorte, qui présentaient le même aspect. Dans ces cas, les excroissances fongueuses provenaient de la

substance déposée entre les lames des valvules, et avaient déchiré la membrane extérieure en se développant, car ces végétations étaient elles-mêmes sans enveloppe, et le bord rompu de la membrane se distinguait facilement couché autour de leurs bases.

M. *Corvisart* désigne ces excroissances maladives, par le nom de végétations. Il dit les avoir observées sur l'un et l'autre côtés des valvules, et il est disposé à les juger de nature syphilitique, quoique d'après des données incertaines et peu satisfaisantes.

M. *Wood*, chirurgien à Edinbourg, a eu occasion d'observer un cas fort curieux de ces maladies. La préparation anatomique de ce cas est conservée dans le cabinet de M. *Thompson*, professeur de chirurgie militaire à l'Université de cette ville. L'ouverture auriculo-ventriculaire du côté gauche était très-rétrécie par la contraction de la valvule mitrale. On trouva dans la cavité de l'oreillette correspondante, un corps ayant environ le volume d'une petite noix, mais de figure parfaitement sphérique, ayant une surface unie, une forte consistance, et absolument libre et détaché. En l'incisant, on trouva dans son centre une petite cavité contenant un fluide séreux : ses parois se composaient de petites lames cencentriques de *lymphe coagulable*, appliquées fortement les unes sur les autres. Dans la partie de l'oreillette la plus rapprochée du ventricule, était une petite masse de *lymphe coagulable*, parfaitement consistante, située au-dessus de l'orifice auriculo-ventriculaire, et y correspondant quoique n'y adhérant pas.

M. *Burns* a aussi noté un cas d'induration et de réticulation de la valvule.

Le docteur *Baillie* a vu l'appareil valvulaire engorgé entre l'oreillette et le ventricule gauche, et recouvert de *lymphe coagulable ;* mais il avoue que ce phénomène est rare.

Telles sont les diverses altérations de structure dont cette valvule est susceptible. Les affections qui résultent de ces lésions, sujet qui nous reste à considérer, sont nombreuses et affligeantes : elles peuvent cependant toutes se rapporter à un embarras dans la circulation. Cet embarras se produit de deux manières ; savoir, par l'obstacle que l'orifice auriculo-ventriculaire rétréci offre à la sortie du sang, ou par l'épaississement, la tension ou la contraction de la valvule qui, gênée dans l'exercice de ses fonctions, laisse passer le sang pendant la contraction du ventricule.

Le diagnostic de ces affections est très-incertain ; car les symptômes qui résultent de l'altération morbifique de l'organe se confondent tellement dans les périodes avancées de la maladie, avec ceux qui résultent d'autres conditions maladives qui existent simultanément (les maladies du cœur existent rarement isolément), qu'un diagnostic exact est souvent difficile, et même quelquefois impossible.

Les symptômes qui se sont fait observer d'abord dans les individus qui ont succombé ensuite à un état morbifique de la valvule, sont, la respiration accélérée, accompagnée de légère toux, que les exercices du corps augmentent facilement, sur-tout l'action de monter. Le malade fait d'abord peu d'attention à ces premiers symptômes. Au bout d'un temps plus ou moins long,

suivant les individus, la respiration, dans le principe accélérée, devient gênée et pénible; tout exercice un peu violent la fait dégénérer en dyspnée insupportable qui s'accompagne de douleur dans la région du cœur. La toux s'aggrave aussi, et souvent le crachement de sang se manifeste, s'exaspérant de plus en plus à mesure que le malade persiste dans tout mouvement extraordinaire du corps. Dans quelques cas, il y a hémorragie nasale produite par la même cause qui amène le crachement de sang; ces accès de toux et de dyspnée s'accompagnent de palpitations du cœur dont le malade a lui-même conscience, et pendant lesquelles le pouls est faible et accéléré.

Ces symptômes jettent le malade dans un état habituel d'inquiétude et d'abattement. Dès le moment qu'ils se manifestent, il répugne à tout exercice du corps; il tombe dans la langueur; il y a pâleur et quelquefois tuméfaction de la face; l'ame est triste et facilement agitée, ce qui ne manque jamais d'aggraver le mal. La respiration, accompagnée de toux, demeure courte, accélérée et difficile.

Cet état se prolonge pendant plusieurs mois et même pendant plusieurs années, sans qu'il y ait soulagement; il y a au contraire exacerbation. L'anasarque se manifeste aux extrémités; le malade éprouve une anxiété qui va toujours en croissant; la toux et la dyspnée augmentent, et une douleur vive se fait sentir de temps en temps dans le côté gauche de la poitrine. Le malade éprouve dans la main un sentiment de vibration lorsqu'il l'applique sur le sternum, et dans le cœur un mouvement irrégulier et tumultueux. La région du cœur percutée rend

un son obscur et sourd. Le pouls est faible et accéléré, quelquefois irrégulier; la face pâle, émaciée ou tuméfiée, exprime la tristesse et la souffrance. La respiration devient plus difficile lorsque le malade est couché. Il y a défaut d'appétit plus ou moins absolu; il y a des nausées et quelquefois des vomissemens. La soif est grande; l'urine est en petite quantité et très-colorée. L'abdomen se tuméfie quelquefois, et cette tuméfaction est suivie d'œdème général.

Le malade ne peut se livrer à des mouvemens considérables sans éprouver de grandes palpitations; l'action du cœur est vive, irrégulière, et se fait par secousses, s'étendant en bas vers l'épigastre et même vers le côté droit du sternum. Le pouls est petit, rapide, inégal ou intermittent. Pendant les contractions des oreillettes, les veines du cou se tuméfient et font saillie. Pendant les dilatations de ces cavités, les veines sont moins protubérantes, toutefois elles ne reprennent pas leur état naturel; de sorte que ces vaisseaux présentent un mouvement pulsatoire et vibratoire. La respiration est accélérée et difficile, elle s'accompagne d'une anxiété inexprimable, et d'une toux fréquente et insupportable. Les joues et les lèvres sont livides. La dyspnée se fait sentir si vivement, que le malade, ne pouvant rester couché, est obligé de se mettre sur son séant. Cet état se manifeste sur-tout pendant la nuit.

Cependant tous les symptômes de la maladie s'aggravent; l'anasarque augmente; les mains sont infiltrées; la face est tuméfiée; les joues et les lèvres sont livides; le mal de tête est opiniâtre, et il existe un sentiment de pesanteur sur le front. Le malade éprouve aussi des diarrhées et des vo-

missemens. Son sommeil est court, précipité et interrompu. L'action du cœur est à cette période constamment vive et tumultueuse, faisant éprouver à la main un sentiment de secousse ou plutôt de vibration, comme serait le mouvement de deux colonnes de liquides qui se précipiteraient l'une vers l'autre en sens opposés ; le pouls continue d'être petit, faible, accéléré et quelquefois irrégulier. La respiration est courte, précipitée et hâletante ; le coucher horizontal ne peut plus être supporté par le malade. Il vient souvent du poumon des hémorragies abondantes ; les nausées et les vomissemens sont fréquens ; la face est livide ; le corps est froid à sa surface : puis viennent le délire, le coma et la mort.

Dans d'autres cas, le malade, après une grande exacerbation de symptômes, meurt subitement comme suffoqué.

Telles sont les affections qui, dans la plupart des cas, accompagnent un état de désorganisation de la valvule mitrale. Des variétés s'observent toutefois, et pour la rapidité avec laquelle la maladie marche vers son terme, et pour la complication de certains symptômes qui peuvent être regardés comme moins directement liés avec la maladie.

Dans un cas observé par M. *Burns*, il se présenta des symptômes analogues à ceux de l'angine pectorale ; durant les progrès de la maladie il y eut un état approchant de la syncope ; le pouls se faisait à peine sentir, les membres étaient froids et insensibles, il existait un sentiment d'anxiété dans la poitrine, et de douleur au-dessous du sternum. A ces symptômes se joignait une extrême difficulté de respirer.

Suivant M. *Corvisart*, lorsqu'il se forme des

excroissances sur la valvule, les symptômes sont tantôt très-prononcés, tantôt très-obscurs, et quelquefois absolument nuls, ce qu'il attribue aux mouvemens d'ondulation de ces excroissances dans le ventricule; mouvemens qui font qu'elles ne se présentent que de temps en temps devant son orifice. Dans tous les cas que j'ai vus, ces végétations étaient tellement fixées à leur base, qu'elles n'auraient pu éprouver de ces mouvemens dans la cavité du ventricule.

La série de phénomènes morbifiques que j'ai exposée plus haut, a bien le caractère de ceux qui résultent d'une circulation embarrassée; ces symptômes se modifient toujours en raison des changemens qui surviennent dans le degré de l'altération morbifique.

A l'autopsie du cadavre, on remarque d'autres changemens qu'il peut être bon de signaler, comme propres à mettre encore mieux en évidence les effets produits par cette lésion organique, et à rendre l'explication des symptômes plus précise et plus exacte.

Dans la poitrine, un épanchement de sérum s'observe souvent. Le péricarde est volumineux et distendu, d'une part, par l'effet d'une accumulation de fluide séreux; et de l'autre, par l'effet du développement de volume du cœur lui-même. Cet organe, sur-tout du côté droit, se trouve extrêmement développé; l'oreillette droite est ordinairement fort augmentée de volume, et conjointement avec le ventricule qui y répond, et les grosses veines qui en dépendent. Toutes ces parties sont gorgées d'un sang noir, ordinairement liquide. L'ouverture auriculo-ventriculaire droite est

dilatée, ainsi que le ventricule. Les parois de ces cavités droites offrent une augmentation d'épaisseur et de consistance, quoique le cas contraire s'observe quelquefois.

L'oreillette gauche est augmentée de volume, mais moins souvent que la droite. Ses parois, comme celles de l'oreillette de l'autre côté, prennent quelquefois une consistance marquée, tandis que dans d'autres cas elles sont plus minces que dans leur état naturel. Dans un cas que j'ai eu occasion d'observer dernièrement, le sinus veineux gauche avait acquis beaucoup de volume et d'épaisseur; et dans deux endroits on voyait des petites pointes de matière osseuse qui s'était déposée en dehors de la membrane interne; circonstance que les sinus offrent bien rarement. Le ventricule gauche, dans quelques cas, paraît plus volumineux que d'ordinaire, tandis que ses parois sont plus minces. Dans d'autres, il paraît plus petit, sa structure étant toutefois restée saine. Les valvules de l'aorte, comme je l'ai déja dit, sont souvent malades. On observe souvent sur quelques-uns des viscères du thorax, des traces d'une inflammation qui a dû compliquer les affections organiques des valvules du cœur. On voit, par exemple, les poumons adhérens à la plèvre costale; on voit des couches de *lymphe coagulable* appliquées à leur surface: leur tissu est quelquefois dense, ou renferme des tubercules et des vomiques. Des adhérences entre le cœur et le péricarde ne sont pas rares, et l'on trouve dans quelques cas une fausse membrane à la surface de cet organe.

L'abdomen présente assez souvent une accumulation de sérum plus ou moins grande. Le

foie se trouve presque toujours dans un état d'altération. Il est ou plus volumineux, ou plus consistant que dans l'état sain, ou bien il est gorgé de sang. Les veines des viscères abdominaux sont aussi très-distendues et injectées de sang, ainsi que celles du mésentère, de l'estomac, du pancréas et des reins. Dans la cavité du crâne, il y a souvent épanchement de sérum entre les méninges et les ventricules du cerveau. On a vu les sinus gorgés de sang liquide, et parfois, quoiqu'assez rarement, il y a eu épanchement de ce liquide dans le cerveau. Le tissu cellulaire des membres, surtout des inférieurs, est, dans le plus grand nombre de cas, tuméfié par l'effet d'une infiltration séreuse.

NEUERE UNTERSUCHUNGEN, etc.;

C'est-à-dire : NOUVELLES RECHERCHES SUR LES MOYENS DE DÉCOUVRIR L'ARSENIC DANS LES SUBSTANCES AUXQUELLES ON SOUPÇONNE QU'IL EST MÊLÉ;

Mémoire publié dans le Recueil des Annales de Médecine d'Altenbourg. (Cahier de septembre 1813); et traduit de l'allemand, par M. JOURDA, D.-M.-P.

LES médecins, ceux sur-tout qui ont quelque emploi dans la police médicale, sont souvent intéressés à reconnaître si une substance ou un mélange qu'on présente à leur examen, contient de l'arsenic, et en quelle proportion il s'y trouve. Cette recherche devient nécessaire dans deux circonstances principales.

Dans le premier cas, il s'agit de matières alimentaires, ou susceptibles du moins d'être prises à l'intérieur. Le poison y a été mêlé, soit par la fusion ou le départ de la couverte des vases dans lesquels elles ont été préparées ou conservées, soit par tout autre accident. Le second cas est celui de l'ouverture des cadavres dans le but de fixer la valeur d'un soupçon d'empoisonnement par l'arsenic. On s'est beaucoup appliqué de nos jours à trouver des réactifs capables d'indiquer la plus petite quantité d'arsenic mêlée à une matière quelconque.

Nous allons mettre à profit un petit mémoire très-court, mais très-substantiel, pour présenter à nos lecteurs non-seulement les derniers résultats utiles obtenus dans la recherche dont il est question, mais aussi l'ensemble des travaux qu'elle a fait entreprendre aux chimistes modernes.

Jusqu'à l'année 1796, on n'a connu que des moyens plus ou moins insuffisans pour parvenir à retrouver l'arsenic dans les matières soupçonnées d'en contenir. Le procédé le plus ancien et le plus connu consistait à projeter la matière suspecte sur des charbons ardens, et une certaine odeur d'ail particulière à l'arsenic réduit en vapeurs, faisait regarder comme démontrée la présence de ce métal. Bien que la conclusion tirée de cette expérience ne laisse pas d'être fondée, on peut lui objecter cependant qu'il n'est pas rare que des substances animales putréfiées exhalent une odeur semblable, ou du moins analogue; que, quand on soumet à cette épreuve des matières tirées de l'estomac d'un individu mort récemment, il est possible que de l'ail s'y trouve mêlé d'une

manière toute naturelle; que, de plus, l'acide muriatique, le zinc, le phosphore, et même les charbons, répandent aussi quelquefois la même odeur, bien que des personnes exercées puissent alors la distinguer assez facilement de celle que donne l'arsenic, sur-tout quand il n'est pas dans une trop petite proportion. D'un autre côté, le manque de cette odeur n'est pas une preuve certaine qu'il n'existe pas de combinaison arsénicale dans la matière suspectée, car certaines substances animales projettent une odeur empyreumatique si forte, que celle de l'arsenic ne saurait être reconnue.

Les autres méthodes usitées anciennement ne sont ni plus sûres, ni plus concluantes. Ces méthodes étaient l'exposition aux vapeurs présumées arsénicales, d'une lame de fer ou de cuivre qui doit, dans ce cas, être blanchie par elles, ou la décomposition du nitrate de potasse, ou la précipitation des dissolutions métalliques, etc., etc.

A l'époque que nous venons de citer, le docteur *Hahnemann* publia sur ce sujet un écrit qui a été fort répandu. Son but principal était de démontrer qu'au moyen de trois réactifs divers, on peut, dans un mélange suspect, découvrir la plus légère dose d'arsenic. Ces trois réactifs sont, 1.° l'eau de chaux; 2.° le cuivre ammoniacal (*cuprum ammoniatum*); 3.° l'hydrogène sulfuré. Quand on les emploie, il faut rassembler le plus possible de la matière suspecte, et séparer du reste de la masse la substance qu'on présume être de l'arsenic, pour la soumettre spécialement aux réactifs.

L'opération se conduit de la façon suivante: on fait bouillir la matière suspecte dans de

l'eau de rivière pendant six heures. On filtre cette décoction, et on l'évapore jusqu'à ce qu'elle soit très-concentrée. Les acides qu'elle pourrait contenir seront ensuite neutralisés par des alkalis, ou les alkalis par des acides, de manière que leur présence ne nuise pas à l'effet des réactifs. C'est alors le moment d'essayer ceux-ci dont la préparation est supposée connue. L'eau de chaux s'emploie bouillante pour que le gaz acide carbonique s'en dégage, pour que cette eau acquierre un degré convenable de saturation, et que la dissolution arsénicale ne soit pas trop étendue. Le docteur *Hahnemann* détermine l'énergie des trois réactifs indiqués, de manière que, pour démontrer la présence de la plus petite quantité possible d'arsenic, le premier rang appartient à l'eau hydrogéno-sulfurée; le second, au cuivre ammoniacal, et le troisième à l'eau de chaux. Le cuivre ammoniacal fait découvrir l'arsenic dans une dissolution où il n'existe que dans la proportion comme 1 : 5000; l'eau de chaux le précipite quand son rapport avec l'eau qui le dissout est comme 1 : 2100. Si la dissolution est trop étendue, le précipité ne se forme pas.

Pendant vingt ans, la méthode de *Hahnemann* fut mise en usage dans les enquêtes juridiques. En 1806, feu le docteur *Roose*, professeur à Brunswick, indiqua comment, dans tous les cas, l'arsenic peut être séparé des substances animales, et dissous de manière que non-seulement les réactifs puissent être essayés avec la dissolution, mais que, de plus, on ramène le poison à l'état métallique. Nous allons décrire son procédé.

Quand l'arsenic se montre avec si peu de déguisement, qu'il suffit de la seule inspection pour le reconnaître, on doit se borner à en faire une solution que l'on soumet aux divers réactifs. Mais si le poison se trouve mélangé et perdu avec d'autres substances, on doit découper l'estomac en petites portions, le faire bouillir avec tout ce qu'il contenait, dans une quantité suffisante d'eau distillée, et jeter dans cette décoction, suivant qu'elle est plus ou moins abondante, de deux à quatre gros d'alkali pur. On passe alors cette décoction qui n'en conserve pas moins une apparence trouble, et, la remettant sur le feu, on y ajoute pendant le temps de l'ébullition assez d'acide nitrique pour lui communiquer une couleur jaunâtre, la rendre claire, et en précipiter toute la graisse qui pouvait y être mêlée. On passe de nouveau la préparation; puis on la fait bouillir encore quelques minutes pour en dégager le gaz acide carbonique. Alors on y instille de l'eau de chaux pure et bouillante, jusqu'à cé qu'il ne se précipite plus rien. On lave le précipité, on le fait sécher, on le mêle avec une quatrième partie de charbon pulvérisé, et mettant le tout dans une petite cornue garnie d'un récipient bien lutté, on place l'appareil sur le feu qui doit être poussé jusqu'à faire rougir la matière. L'arsenic se sublime alors dans la cornue, et est ainsi ramené à l'état régulin. Pour obtenir un dégagement plus complet de l'arsenic, *Roose* ajoutait au précipité calcaire, sur-tout quand il était fort abondant, à-peu-près moitié d'acide boracique sons forme sèche; il obtenait par là que la chaux ne retint pas un seul atôme de métal. Des expériences faites avec

le plus grand soin, prouvèrent qu'au moyen de ce procédé on parvenait à retrouver dans un état de pureté absolue, un seul huitième de grain d'arsenic, qu'on avait mêlé à dessein avec des substances animales.

Cette méthode offre les avantages suivans : souvent l'arsenic a tellement pénétré les parties du corps de l'animal avec lesquelles il a été mis en contact, qu'il est impossible de le reprendre aux membranes, en les frottant, en les raclant, ou même en les faisant bouillir dans de l'eau distillée; cela a sur-tout lieu quand le cadavre est resté inhumé pendant quelque temps. Souvent la solution est tellement trouble et colorée, qu'on ne saurait observer les phénomènes produits par les réactifs. Avec notre mode d'opérer, il est impossible que les débris animaux mis en expérience, n'éprouvent pas une dissolution qui s'exerce également sur les atômes vénéneux dont ils sont pénétrés. Ce résultat est dû à l'action de l'alkali caustique. Mais la dissolution est encore obscure et troublée, circonstance qui ne permettrait pas d'apprécier les changemens opérés par les agens chimiques sur-ajoutés; l'acide nitrique qu'on emploie change la nature des produits animaux, clarifie la solution, de manière qu'on peut reconnaître l'arsenic à la manière dont il se comporte avec les divers réactifs, et même le sublimer à l'état de régule, après l'avoir mélangé d'abord avec de la chaux.

En 1808, le docteur *Jæger* publia une Dissertation (1) sur les effets de l'arsenic. Le se-

(1) *Dissertatio inauguralis de effectibus arsenici*

cond chapitre contient l'exposition des signes d'un empoisonnement par l'arsenic, et la description des divers procédés par lesquels on peut s'assurer de la présence du poison : on y distingue les opérations qui mènent à reconnaître le métal par l'intervention des réactifs chimiques, de celles où il se trahit lui-même par son aspect métallique et les autres qualités qui lui sont propres. *Roose* avait déja fait connaître ce dernier mode d'opérer; pour ce qui est de l'autre, on indique trois moyens de réaction déja connus auparavant; mais on a soin de spécifier (comme *Pfaff* l'avait déja fait) les doses de métal respectivement nécessaires pour que les divers moyens d'épreuve puissent exercer une action appréciable. On recherche ensuite en quelle proportion l'arsenic est dissous dans l'eau; ou, ce qui est la même chose, à quel degré la dissolution est étendue. Or, il est bien évident, 1.° que l'arsenic, précipité d'un menstrue par un réactif, peut exister en si petite quantité, qu'il n'y ait pas moyen de l'apercevoir; 2.° que la dose d'arsenic dissoute dans un fluide peut être si petite, que l'affinité de la masse du fluide triomphera de celle de l'arsenic pour le réactif, de façon que le poison ne pourra pas être retrouvé. L'Auteur appelle *quantité absolue* celle qui est nécessaire pour éloigner la première cause

---

in varios organismos, nec non de indiciis quibusdem veneficii ab arsenico illati, quam præside C. F. Kielmayer, *publicè defendet, jan.* 1808. G. F. Jæger. — *Tubingæ.*

d'insuccès; il nomme *quantité relative* celle qui met à l'abri du second manque de réussite. Les essais qui ont pour objet l'appréciation de la *quantité relative*, sont susceptibles d'un résultat positif; il n'en est pas de même pour les épreuves par lesquelles on cherche à s'assurer de la *quantité absolue*. Celles-ci seront toujours sujettes à des erreurs qui feront naître le plus ou moins de clairvoyance des expérimentateurs, et le plus ou moins de largeur des vaisseaux dont ils se serviront. Voici les données que l'Auteur établit : *a* Si l'on emploie l'eau de chaux, il faut que la plus petite quantité absolue d'arsenic égale $\frac{1}{40}$ grain, et que sa quantité relative, c'est-à-dire, la proportion du métal avec l'eau soit comme 1 : 3000. *b* Quand on se sert du cuivre ammoniacal, il suffit que la quantité absolue égale $\frac{1}{1000}$ grain, et que la quantité relative soit comme 1 : 100,000. *c* Enfin, l'épreuve par l'hydrogène-sulfuré exige les mêmes quantités absolue et relative que celle par le cuivre ammonical. Il suit de là que la solution de cette première quantité d'arsenic sur laquelle l'eau de chaux peut déja réagir visiblement, devra peser 75 grains, puisque 1 : 3000 :: $\frac{1}{40}$: 75. Il suit également que le même mélange, quand on voudra le soumettre à l'action du cuivre ammoniacal ou de l'hydrogène-sulfuré, devra, par l'addition d'une nouvelle quantité d'eau, être porté au poids de 100 grains, puisque 1 : 100,000 :: $\frac{1}{1000}$: 100. Qui ne voit d'abord que ces suppositions de l'Auteur doivent tomber à la première objection. En effet, si la dissolution arsénicale dont on vient d'indiquer les proportions, donne, par l'eau de chaux, un préci-

pité apercevable dans un vase dont nous supposons le fond large comme 2, ne peut-on pas, avec une autre dissolution dans laquelle la proportion de l'arsenic serait moindre de moitié, obtenir un précipité qui s'élèverait à la même hauteur, et que l'œil distinguerait aussi bien que le premier, dans un vase dont le fond n'aurait qu'une largeur égale à 1 ? Le précipité et la couleur du fluide qui sert de menstrue, frappent d'autant mieux la vue, qu'ils s'élèvent à plus de hauteur dans le vase transparent qui les contient.

Pour ce qui est des méthodes de revivifier l'arsenic, l'auteur avoue qu'il n'y en a aucune préférable à celle de *Roose ;* mais il ajoute ce qui suit :

« A cette espèce d'essai, on peut ajouter un » autre procédé, fondé sur les expériences que » *Davy* a faites avec d'autres dissolutions mé- » talliques, et qui rendent vraisemblable qu'une » petite quantité d'arsenic dissoute dans un » fluide, ou intimement mêlée à des matières » animales, pourrait en être séparée par la pile » de Volta. Cependant, quoique par le moyen » de la feuille de l'asphodèle fistuleux (*Aspho-* » *delus fistulosus, Linn.*), dont je me servais » pour établir la communication des deux pôles, » je sois parvenu à séparer de l'arsenic qui ve- » nait se placer au pôle négatif ; je dois avouer » qu'en opérant sur une dissolution arsénicale » de 60 grains, dans laquelle il y avait un quart » de grain de ce métal, je n'ai pas vu s'en dé- » gager un seul atôme, bien que j'aie employé » une pile dont les armatures présentassent une » surface de 300 pouces carrés ; bien que j'aie » interposé entre les plaques du papier mouillé

» avec de l'eau salée, et que j'aie laissé cet ap-
» pareil en action pendant quarante-huit heures.
» Il n'est pas improbable pourtant, qu'avec des
» piles mieux armées encore que celles dont
» *Davy* a fait usage, on obtienne des résul-
» tats plus satisfaisans, soit pour le dégage-
» ment de l'arsenic, soit pour la détermination
» de beaucoup d'autres moyens d'épreuves qui
» intéressent également la physiologie et la
» médecine légale. »

L'auteur termine par une dernière objection contre la méthode de *Roose*. « Si, par quel-
» que circonstance particulière (dit-il), la
» sublimation élève avec le métal n'importe
» quelle autre substance qui le déguise, la dé-
» claration du fait d'empoisonnement perdra,
» par cela même, beaucoup de sa certitude;
» et la sublimation a encore ce désavantage,
» qu'elle ne retrouve pas les quantités infini-
» ment petites de l'existence desquelles on peut
» s'assurer par les réactifs. Il suit de là que
» c'est aussi aux réactifs qu'il faut donner la
» préférence quand le menstrue de la dissolu-
» tion est peu abondant; car, avec eux, il est
» à peine possible que la plus petite dose du
» poison échappe aux recherches. »

En l'an 1811, le docteur *Roloff*, de la Société des Sciences de Gœttingue, publia une dissertation (1) sur le même sujet. Il y est question d'un

---

(1) *Uber eine neue methode*, etc.; c'est-à-dire: Méthode nouvelle de découvrir la présence de l'arsenic dans un cadavre, et de revivifier ce métal. *Voy.* le Journal intitulé: *Gœtt. Gelehrte Anzeigen*, ann. 1811, N.° 58, pag. 569; et N.° 71, pag. 712.

moyen plus sûr et plus facile de retrouver de l'arsenic introduit dans l'appareil digestif. On y rejette l'usage du cuivre ammoniacal, parce que tous les principes astringens ont la propriété de le troubler, comme l'avait déjà remarqué *Roose*. Celui de l'eau de chaux est pareillement déconseillé, par la raison que tous les acides végétaux précipitent la chaux; mais on y passe sous silence la remarque de *Hahnemann*, savoir que l'action de l'eau hydrogéno-sulfurée est empêchée par les alkalis purs. Toutefois il est facile de neutraliser les alkalis par des acides, et d'empêcher, par des procédés analogues, l'action du principe astringent et celle des acides végétaux.

Excepté la réduction de l'arsenic, l'auteur ne reconnaît aucune méthode assurée d'en constater la présence, et il avance en même temps que le procédé de *Roose* est à-la-fois difficile et incertain. Il objecte de plus que si, pendant la sublimation, le vaisseau vient à se rompre, la matière du délit se perd entièrement. Il propose donc un autre mode d'opérer, et ce mode est double, suivant que le poison a été introduit dans l'estomac sous forme pulvérulente ou déjà dissous. Dans le premier cas, la poudre doit d'abord être dissoute dans de l'eau distillée; dans le second, l'estomac et son contenu ne sont pas soumis ensemble (comme le conseille *Roose*), mais l'un après l'autre au procédé d'analyse. Il y a encore cette différence, qu'en opérant sur les substances contenues dans l'estomac, notre auteur emploie d'abord l'acide nitrique, et ensuite un alkali, sans donner la raison qui le détermine à se conduire ainsi. Mais il s'éloigne sur-tout des indi-

cations de *Roose*, en cela que, pour précipiter l'arsenic, il emploie l'eau hydrogéno-sulfurée au lieu de l'eau de chaux.

Il faut rappeler en passant, au sujet des remarques faites par *Jæger* et *Roloff* contre *Roose*, que celui-ci, dont le style est remarquable par une grande concision, a omis de dire que l'arsenic, quand on le trouve dans l'estomac sous forme pulvérulente, doit être dissous dans l'eau distillée, chose qui s'entend fort bien d'elle-même; et qu'il a également passé sous silence le précepte d'essayer la dissolution suspecte par les réactifs, avant de procéder à la précipitation et à la sublimation du métal. Il voulait seulement consigner la manière d'opérer la révivification, qui est incontestablement la meilleure démonstration de sa présence. Il ne rejette pas l'emploi des réactifs; mais il s'abstient d'en parler, ne mentionnant que l'eau de chaux, qui sert à-la-fois à la séparation et à la réduction de la substance métallique.

Roloff recommande de ne pas opérer en même-temps, mais séparément sur l'estomac et son contenu, afin que, si quelque accident fait manquer la première sublimation, il soit possible d'y revenir; mais il suffit pour cela de ne pas mettre dans la cornue tout le précipité obtenu par la méthode de *Roose*, et d'en réserver la moitié pour un second essai. Il n'est pas inutile de dire que les intestins, si même on ne trouve aucune trace d'arsenic dans leur cavité, n'en doivent pas moins être soumis aux mêmes épreuves que l'estomac, parce qu'il peut bien se faire que le poison ayant séjourné quelque temps dans le tube digestif, ait contracté

une espèce d'union chimique avec les membranes dont ce tube est formé. Du reste, *Roloff* emploie, au lieu de l'eau de chaux, l'hydrogène sulfuré. Or, il est très-vrai qu'avec l'eau hydrogéno-sulfurée, on retrouvera des quantités d'arsenic plus petites que celles qui pourraient être indiquées par l'eau de chaux ; mais le métal sera moins facile à dégager du précipité produit par le premier réactif que de celui qu'on se sera procuré par le second. L'auteur ajoute même que de 2,25 grains du premier précipité, il n'a pas retiré plus de 0,125 grain d'arsenic sublimé, qui même était encore mêlé de soufre.

Parallèle des diverses méthodes employées jusqu'à présent pour s'assurer de la présence de l'arsenic, et exposé d'un moyen nouveau d'y réussir.

Pour ce qui regarde la préparation du contenu de l'estomac et de l'estomac lui-même, dans le but d'y découvrir de l'arsenic, point de doute que le procédé de *Roose* ne doive être préféré à celui de *Hahnemann*, puisque, par ce dernier, le poison n'est pas toujours dissous, et qu'on manque quelquefois à le retrouver. Les modifications conseillées par *Roloff* ne nous semblent pas très-utiles.

A ce que dit *Jæger* au sujet des réactifs et de leur énergie respective, on doit ajouter ce qui suit :

1.° L'eau de chaux (à une température moyenne), n'agit pas sur une dissolution d'arsenic tellement étendue, que les proportions du métal au menstrue sont comme 1 : 3000 ; mais,

d'après les essais du docteur *Fischer*, l'action ne s'exerce que quand cette proportion est réduite comme 1 : 2000.

A l'égard de la quantité absolue d'arsenic, les données établies par *Jæger* sont loin d'être exactes. En effet, une goutte de dissolution arsénicale (dans la proportion comme 1 : 1000), instillée dans de l'eau de chaux, la trouble déja d'une manière très-distincte. Ainsi, cette quantité absolue n'est pas pour l'eau de chaux un quarantième, mais bien un millième de grain. Il faut aussi avertir que c'est la dissolution arsénicale qu'on doit instiller dans l'eau de chaux, et non pas celle-ci dans la première; car, comme l'a déja remarqué *Hahnemann*, la chaux arsénicale serait alors dissoluble par tous les acides, et même par l'arsenic pur, ce qui n'a pas lieu quand c'est l'eau de chaux qui surabonde.

2.° Le docteur *Fischer* a trouvé exacte l'observation faite par *Jæger*: savoir, que le cuivre ammoniacal réagit sur une solution tellement étendue, que l'arsenic n'en représente que la cent-millième partie. Mais la quantité absolue du métal peut varier depuis $\frac{1}{1000}$ jusqu'à $\frac{1}{2000}$. Il est à remarquer que quand on se sert du cuivre ammoniacal, il faut en même temps faire une épreuve avec l'eau distillée; car le docteur *Fischer* a trouvé que la dissolution de ce cuivre bien saturé et bien pur, est troublée par l'addition de l'eau distillée, et donne au bout de quelque temps un dépôt qui ne diffère de l'autre que par la couleur, celui dont nous parlons à présent étant d'une couleur bleu-céleste, tandis que le précipité produit par l'arsenic est d'un verd jaunâtre. *Jæger* et *Pfaff* ne se sont pas aperçus de cela.

3.° Le docteur *Fischer* a reconnu, comme étant fondé, ce qui a été avancé par *Jæger*, touchant l'eau hydrogéno-sulfurée; mais la quantité absolue spécifiée par cet Auteur, lui a paru sujette à des variations. Pour préparer cette eau, il préfère le procédé conseillé par *Proust*; car l'hydrogène sulfuré retiré, non des sulfures métalliques, mais des sulfures alkalins, est toujours mélangé de gaz acide carbonique qui l'empêche de réagir aussi puissamment. L'eau hydrogéno-sulfurée doit aussi être exposée à l'air qui, de même que l'arsenic, y détermine plus ou moins promptement un précipité jaune. Le principe acidifiant de l'atmosphère trouble aussi le soufre, et lui fait prendre la même couleur; cette circonstance oblige à comparer les deux précipités.

Le nouveau réactif indiqué par M. *Fischer*, comme propre à faire découvrir l'arsenic, est le *caméléon minéral* (*magnesium alcalisatum.*)

La propriété qu'il possède de réagir sur l'arsenic, était déja connue depuis que *Scheele* l'avait remarquée. Quand on mêle au *caméléon minéral* de l'arsenic pulvérisé, la couleur verte disparaît et se change en une couleur blanche. On ne peut pas douter que ce résultat s'obtienne par la voie humide aussi bien que par la voie sèche, ni s'étonner du silence que les livres de chimie ont gardé touchant cette propriété. M. *Fischer* faisant, il y a quelques années, sur le caméléon minéral, des recherches qui avaient un autre but, remarqua cette propriété de l'arsenic, et trouva qu'une petite quantité de ce métal fait passer au jaune la couleur rouge que prend en dernier lieu le

caméléon dissous dans l'eau. Il conçut alors l'idée de mettre à profit l'action de cette substance sur l'arsenic, et reconnut, après plusieurs essais, qu'une dissolution arsénicale qui ne contenait que $\frac{1}{6000}$ d'arsenic, changeait en jaune la couleur rouge du caméléon. Il obtint la confirmation de cette donnée, par plusieurs expériences fort exactes qui lui fournirent la conviction que le *caméléon minéral* réagit sur l'arsenic avec autant d'énergie que le cuivre ammoniacal ou l'eau hydrogéno-sulfurée, et qu'il peut faire découvrir cette substance dans une dissolution qui n'en contiendrait même que $\frac{1}{100000}$.

L'agent dont nous parlons s'emploie de la manière suivante : on le dissout dans de l'eau distillée, et l'on attend que la dissolution ait pris une couleur rouge. On y instille alors goutte à goutte la dissolution arsénicale qui jaunit cette couleur. Pour obtenir ce résultat, sur quinze gouttes d'une dissolution de caméléon minéral, il faut :

a Vingt à vingt-cinq gouttes d'une dissolution arsénicale qui contiendrait $\frac{1}{100000}$ de métal ;

b Quinze gouttes de celle où il se trouverait en une proportion égale à $\frac{1}{10000}$;

c Trois gouttes de celle où il y en aurait $\frac{1}{1000}$;

d Une seule goutte de la dissolution qui en serait chargée au point d'en contenir $\frac{1}{1000}$.

Tout cela doit s'entendre d'une dissolution du caméléon vivement colorée : est-elle plus étendue, sa couleur est aussi moins intense ; mais le résultat n'en a pas moins lieu avec une petite dose d'arsenic. On voit dès-lors que son

action est aussi énergique que celle de tous les autres moyens d'épreuve.

Son emploi exige pourtant qu'on observe quelques précautions.

1.° La couleur rouge pâlit quand la dissolution du caméléon reste toujours exposée à l'air.

2.° L'acide sulfurique détruit cette couleur.

3.° Les alkalis la font passer au verd.

Tout cela ne doit pas, au reste, être une raison de se priver de la ressource de cet agent. En effet, l'air atmosphérique ne détruit la couleur que très-lentement et dans l'espace de vingt-quatre à quarante-huit heures; l'arsenic a une action bien plus prompte. On n'a pas à redouter la présence de l'acide sulfurique ou de quelque alkali, quand on a procédé d'après les indications de *Roose;* de plus, l'acide sulfurique agit en décolorant absolument la solution, tandis que l'arsenic la fait devenir jaune. Il est clair dès-lors qu'avec l'attention convenable, le caméléon peut être utilement employé, de même qu'on peut se servir avec avantage du cuivre ammoniacal ou de l'eau hydrogéno-sulfurée, en ne négligeant aucun des soins recommandés par *Roose* et *Jæger*.

Quoique la présence de l'arsenic puisse être suffisamment démontrée par les réactifs examinés jusqu'ici, il est cependant desirable que dans une recherche aussi importante, la substance vénéneuse soit obtenue et représentée sous sa forme métallique. Le procédé de *Roose* est le meilleur pour atteindre ce but; les perfectionnemens que *Roloff* a voulu y introduire nous paraissent d'une médiocre importance.

Mais comme il n'est pas facile de conduire avec toute l'exactitude voulue une opération de chimie assez compliquée, comme d'ailleurs le dégagement de l'arsenic devra quelquefois être effectué par des médecins peu habitués aux manipulations chimiques, le docteur *Fischer* indique une autre méthode aussi sûre et plus facile pour ramener le métal à l'état de régule.

Cette méthode consiste dans l'action du galvanisme appliquée au menstrue qui tient l'arsenic en dissolution.

Le docteur *Fischer* a fait avant *Jæger*, des essais pour la réduction de l'arsenic. *Jæger* doute que, par la méthode dont il s'agit, on puisse en revivifier de très-petites quantités, et déclare qu'il n'y est point parvenu dans une tentative opérée sur un quart de grain. Le docteur *Fischer* assure qu'en 1808, il avait déja réussi à réduire $\frac{1}{16}$ et même $\frac{1}{20}$ de grain. Il ne paraît pas qu'il soit besoin de se servir d'une pile très-forte, puisque M. *Fischer* a opéré avec un appareil dont la surface n'avait pas au-delà de cinquante pouces carrés, et puisqu'il a même réussi quelquefois par la seule juxta-position des métaux.

Toute la différence consiste dans le mode d'emploi de l'agent galvanique. *Jæger* n'a pas indiqué, il est vrai, comment il s'y prenait pour tirer parti de cette puissance; mais les tentatives qu'il a faites avec les feuilles de l'*asphodèle fistuleux*, montrent assez qu'il procédait par l'immersion des deux pôles dans la dissolution arsénicale. Le docteur *Fischer* met, au contraire, le pôle négatif en rapport avec cette dissolution, et fait communiquer avec

lui le pôle positif par l'interposition d'un autre milieu, ce qui lui procure une réussite complète. Son appareil, très-facile à établir, se compose comme nous allons le dire.

Un tube de verre, fermé, d'un côté, avec un morceau de vessie, et ouvert à l'extrémité opposée, est rempli de la dissolution d'arsenic, et placé dans un vase qui contient de l'eau. C'est dans l'eau du vase que baigne le fil métallique du pôle positif, tandis que celui du pôle opposé trempe dans le tube où est la dissolution. Les fils de métal dont on se sert doivent être d'or ou de cuivre, et non d'un métal de couleur blanche, afin qu'on puisse mieux distinguer l'arsenic blanc lui-même qui viendra s'y déposer. Une tige de zinc établit la communication. Pour augmenter l'effet galvanique, on ajoute à l'eau quelque peu d'un acide quelconque. La réduction de l'arsenic s'opère plus ou moins promptement, et le fil métallique en est plus ou moins recouvert, suivant que cet arsenic existe en plus ou moins grande quantité, et suivant le degré d'énergie de l'appareil. En n'employant que la simple apposition des métaux, il faut, selon les qualités diverses de l'arsenic, un intervalle de six, douze et même de vingt-quatre heures.

Il est reconnu que la dissolution peut être fort étendue d'eau, sans que pour cela l'effet manque d'avoir lieu. A l'égard de la quantité absolue de l'arsenic, $\frac{1}{10}$ grain est réduit par la seule juxta-position des métaux, et on peut reprendre $\frac{1}{80}$ grain, avec une pile de cinquante plaques dont chacune ait un pouce de diamètre; l'effet a même lieu de manière que l'arsenic peut être reconnu non-seulement par l'œil, mais aussi à l'odorat.

Quant à cette odeur d'ail particulière à l'arsenic, et qui est un des signes essentiels de sa présence, la réduction par le galvanisme paraît plus propre à la développer que celle qui se fait par la sublimation. Le fil métallique recouvert d'arsenic, si on l'expose à la flamme d'une lumière, peut très-facilement s'y échauffer assez pour que le poison se volatilise, et pour qu'on reconnaisse alors l'odeur alliacée qu'il répand. Au contraire, l'arsenic adhérent par petites lames aux parois des vaisseaux de sublimation, ne peut en être enlevé qu'avec beaucoup de peine. Des expériences ont démontré que $\frac{1}{70}$ grain d'arsenic réduit par l'agent galvanique, exhale une odeur d'ail qui ne laisse pas d'être forte et distincte.

Le docteur *Fischer* présumant que l'oxide d'arsenic soumis à l'action de la chaleur, ne devait pas projeter cette odeur de la même manière que la répand le régule, a fait à ce sujet plusieurs essais dont il résulte :

1.° Que l'arsenic régulin exhale toujours une odeur, soit qu'on le jette sur des charbons ardens, soit qu'on l'expose sur une plaque de fer ou d'argent échauffée.

2.° Que l'arsenic à l'état d'oxide (arsenic blanc) donne aussi l'odeur dont il est question, quand on le répand sur des charbons ou sur une plaque de fer chaude, mais non pas quand c'est sur une plaque d'argent.

3.° Que l'oxide arsénieux produit toujours une fumée très-épaisse.

L'odeur se manifeste donc dans le moment où l'arsenic pur, mis en vapeurs, est oxidé par l'air ambiant : et quant à l'oxide d'arsenic, il ne répand jamais d'odeur que quand,

s'étant réduit d'abord, il se volatilise ensuite, et est oxidé de nouveau.

Les données qui vont suivre contiennent sommairement le procédé général qui, d'après tout ce qui a été dit précédemment, doit être mis en œuvre pour découvrir si un mélange ou une substance suspects contiennent de l'arsenic.

1.° L'objet suspect doit être préparé par la méthode de *Roose*.

2.° Les quatre réactifs mentionnés plus haut doivent être disposés dans autant de vases. On doit instiller dans chacun de ces vases quelques gouttes de la dissolution (N.° 1), et observer les changemens.

3.° On fait deux parts de la dissolution (N.° 1); l'une, plus considérable, est précipitée par l'eau de chaux, et on opère, à la manière de *Roose*, la sublimation de ce précipité.

4.° L'autre partie, moins considérable, doit être soumise à l'action de la pile galvanique.

5.° L'arsenic obtenu par l'opération (N.° 3), est projeté sur des charbons ardens, et on remarque avec attention l'odeur qui en émane.

6.° On expose le fil métallique recouvert d'arsenic à la flamme d'une lumière, jusqu'à ce qu'il devienne incandescent, et on observe avec soin les qualités de l'odeur qui s'en exhale.

OBSERVATION

SUR UN PRÉTENDU ANÉVRISME DU COEUR ;

Par M. Duchateau, docteur en médecine.

Les signes caractéristiques des anévrismes du cœur, ont été si bien tracés dans le savant Traité du professeur *Corvisart*, qu'il paraît presqu'impossible qu'un médecin puisse se tromper toutes les fois qu'il prendra cet ouvrage pour guide. Cependant l'observation que je publie prouvera combien il faut être réservé dans le diagnostic des affections organiques, puisque l'expérience de l'Auteur du Traité des Maladies du cœur, celle de plusieurs praticiens très-éclairés et la mienne, ont été démenties par l'ouverture des cadavres; mais l'histoire de la maladie prouvera encore mieux ce que j'avance.

Le nommé *Riou*, âgé de 26 à 27 ans, d'une forte constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin, hémorroïdaire, après avoir passé quelques années sans accidens, dans l'état militaire, vint, à l'âge de 25 ans, se fixer à Paris. Il entra en qualité de commis dans une maison de commerce où j'eus occasion de le voir pendant les deux dernières années de sa vie.

Dès ma première visite, je lui trouvai la figure d'un pâle mat et les lèvres décolorées, un embonpoint qui ne me parut pas naturel,

le cou court, la poitrine élevée ainsi que les épaules, la respiration gênée et la voix rauque, comme on le remarque chez les asthmatiques. Cet homme, très-actif, étant livré fortement à l'état pénible qu'il faisait, obligé de courir du matin au soir, et sur-tout de monter beaucoup d'escaliers, rentrait le plus souvent baigné de sueur, essoufflé et très-fatigué. Comme il ne faisait rien pour sa santé, vu qu'il buvait et mangeait bien, je n'ai rien su de sa maladie habituelle qu'au bout d'un an, époque où il fut atteint (mois de mars 1808), d'une suffocation subite, d'une toux aiguë et sèche, d'une violente oppression, de vomissemens bilieux considérables et de syncopes. Je fus appelé dans ce moment pour lui donner mes soins. Arrivé près du malade, je le trouvai tellement pâle et faible, que je le crus prêt à périr, le pouls se faisant à peine sentir. Apercevant la bile poracée et abondante qu'il avait rendue, mon premier mouvement, vu la saburre limoneuse de la langue, fut de suivre cette indication, et de le faire vomir plus amplement, soupçonnant un embarras gastrique; mais d'après des questions et un examen scrupuleux, je changeai bientôt d'idée. Le malade ayant repris sa connaissance, me dit qu'il étouffait, qu'il avait un battement de cœur insupportable, une barre dans l'estomac, et un serrement oppressif dans la poitrine, joint à une violente céphalalgie.

Je touchai derechef le pouls qui était alors très-ample et dur, sur-tout du côté gauche où je trouvai de l'irrégularité, ce qui existait moins au bras droit. Je fis l'exploration de l'abdomen, où je reconnus un peu de tension vers

l'épigastre; mais lorsque j'arrivai à la poitrine, je fus effrayé par les battemens extraordinaires du cœur; ces mouvemens qui se propageaient vers le sternum heurtaient les côtes avec tant de force, qu'on eût dit des coups d'un petit marteau. Je mis la poitrine à découvert, et sans la toucher je vis très-sensiblement le soulèvement de la peau par les violentes contractions du cœur; ensuite je la percutai; tous les sons étaient obscurs, ce que j'attribuai à l'obésité du thorax. Je fis de nouvelles questions au malade sur ce phénomène; il me dit que depuis près de trois ans il était incommodé de son battement de cœur, sans en pouvoir dire la cause, mais que depuis un an il avait beaucoup augmenté; que se portant bien d'ailleurs, il n'avait fait aucun traitement; qu'au surplus, les gens de l'art qu'il avait consultés lui avaient assuré que sa maladie était un anévrisme au cœur, et qu'il n'y avait d'autres remèdes à faire que d'observer un régime et d'éviter les fatigues. Dans la nomenclature qu'il me fit des consultans, je m'aperçus qu'il y manquait l'auteur du savant Traité sur les Maladies du cœur, et quelques-uns de ses collaborateurs; je lui conseillai de les voir lorsqu'il serait sorti de la crise maladive dans laquelle il se trouvait.

J'employai pour traitement quatre applications de sangsues, et cela alternativement tant au cou qu'à l'anus et sur le thorax; je me gardai bien de provoquer le vomissement; je prescrivis au contraire les anti-spasmodiques en potion et en infusion comme calmans, et je m'attachai à débarrasser la saburre gastrique, et intestinale en provoquant les déjecti

alvines : de l'eau de poulet aromatisée d'eau de fleurs d'oranger et édulcorée avec du sirop de violettes, une limonade légère et des lavemens laxatifs opérèrent le plus grand bien. Il est inutile de dire que le régime, et sur-tout une diète sévère, accélérèrent la guérison.

Ce fut envain que je recommandai au malade les moyens prophylactiques qui lui devenaient indispensables pour prolonger son existence ; il ne voulut se priver de rien ; son refus était motivé sur l'exacte connaissance qu'il avait acquise de sa situation, dont moi-même j'étais convaincu. Il se détermina cependant à aller consulter M. *Corvisart*, qui, après l'avoir examiné avec le plus grand soin, confirma le diagnostic que plusieurs praticiens recommandables avaient déja portés sur le caractère anévrismal de sa maladie, et donna quelques consolations au malade en lui faisant entrevoir une longévité subordonnée toutefois à sa résignation à suivre un genre de vie sobre, et à ne se livrer qu'à des occupations modérées. Deux autres consultans furent aussi du même avis.

Le sieur *Riou* vécut encore une année dans le même état que celui où il était avant l'époque où je l'avais traité ; seulement il lui survint vers les derniers mois de sa vie, une oppression plus forte avec une toux sèche, plus d'intensité et de tumulte dans les battemens ; d'où résultait plus de gêne dans la marche, et une sorte d'anxiété douloureuse dans la région précordiale.

Le 21 février 1809, après des courses forcées pendant une température froide, le même individu fut atteint spontanément d'un malaise général ; il fut pris par une forte convulsion avec syncope, et aussitôt crachement d'un

sang rouge vermeil. Le vomissement suivit de près, et le malade rendit en abondance un mélange de sang rouge et noir par caillots, confondus avec des alimens parmi lesquels on distinguait des portions comme glanduleuses et graisseuses, d'un blanc cendré et de nature compacte; de sorte qu'à l'examen que j'en fis à mon arrivée, je crus que cette substance appartenait à un tubercule du poumon; je la nettoyai avec de l'eau, et la conservai précieusement dans l'oxicrat.

Comme le malade rendait du sang en quantité, par la même voie, ainsi que par les selles, et toujours des portions de la substance précitée, et qu'il était dans un état de spasme convulsif, un léger délire, un pouls concentré et faible, la voix presque éteinte, je crus qu'il périrait dans les vingt-quatre heures, et j'annonçai qu'il n'y avait aucune ressource. En effet, il succomba le quatrième jour après une très-courte agonie.

Il est bon de remarquer que le malade n'eut pas de grandes souffrances pendant ses derniers jours; seulement une soif inextinguible avec sécheresse de la langue.

La prescription fut peu de chose; une orangeade légère, de l'eau rougie, par fois de l'eau de violette et de tilleul, ainsi qu'une potion anti-spasmodique, furent les seuls moyens employés.

Examen du cadavre. — Le 28 février, accompagné de deux de mes collègues et d'un étudiant en médecine, nous procédâmes à l'ouverture du cadavre : on commença par ouvrir la poitrine, dans l'espérance d'y trouver toutes les altérations causées par la maladie, mais,

à notre grand étonnement, nous n'y trouvâmes rien d'altéré ; tous les organes thorachiques étaient sans lésion. Il en fut de même à l'ouverture de l'abdomen ; l'estomac, le foie, sa vésicule, la rate et le pancréas étaient dans le meilleur état. Enfin, il fallait pourtant trouver la maladie. A cet effet nous prîmes le parti d'ouvrir le tube intestinal, à partir du pylore. Le duodénum et le jéjunum ne nous offrirent rien de remarquable ; mais il n'en fut pas de même de l'intestin iléon, car, arrivés à-peu-près à deux pieds de sa jonction avec le colon, il était d'un brun livide et gangrené dans toute cette étendue. Nous suivîmes la trace pour arriver au foyer ; nous le trouvâmes complètement dans le colon ; ce gros intestin était distendu et noirâtre ; toute la portion droite était sphacélée, et perforée dans la largeur d'un écu de six livres ; les membranes étaient tellement altérées, qu'elles se déchiraient sous le doigt : toute la portion d'épiploon qui adhérait à cet intestin, et qui n'avait pas été détruite, était d'un gris noir ; la partie de cette tunique graisseuse qui s'était détachée avait fusé dans l'intestin, et avait suivi la route du liquide épanché ; elle s'était évacuée en même temps par les selles et le vomissement : celui-ci vraisemblablement ne s'était opéré que par un mouvement anti-péristaltique, comme cela arrive dans les hernies étranglées et dans le *volvulus*. Cet intestin fut ouvert dans tout le trajet de la maladie ; il nous représenta intérieurement la même couleur noire, et la membrane muqueuse comme si elle eût été délayée à la suite de sa gangrène.

Réflexions. — Il serait difficile de trouver un malade qui réunisse plus complètement tous les signes rationnels d'un anévrisme au cœur, que celui dont je viens de tracer la maladie. En effet, respiration gênée, toux sèche, irrégularité dans les pulsations artérielles, contractions fortes et tumultueuses du cœur, tels sont les phénomènes morbides qu'a offert *Riou* à tous les médecins instruits qui l'ont examiné, et cependant malgré l'existence de tous les signes pathognomoniques si bien décrits dans l'ouvrage du celèbre *Corvisart*, nous n'avons trouvé aucune trace d'anévrisme au cœur. Quelle réserve ne doit-on pas avoir avant de porter un diagnostic assuré sur la nature d'une affection organique dont le siège se dérobe à l'exploration par sa situation anatomique, lorsque le tact médical, si exercé de celui qui a si bien signalé et si bien observé ces mêmes affections, se trouve en défaut lors de l'ouverture du cadavre? c'est sans doute cette grande difficulté de porter un diagnostic certain, qui avait rendu le célèbre *Desault* si confiant dans les autopsies, car il répétait souvent à ses élèves : *L'ouverture seule du cadavre peut vous instruire sur le siège et le caractère d'une maladie.*

Quant à l'affection morbifique à laquelle a succombé *Riou*, je crois très-difficile de lui assigner son véritable caractère et sa juste classification : cette maladie a bien eu quelques rapports avec le *maelena*, par les évacuations d'une grande quantité de sang noir; et par les autres symptômes, tels que la faiblesse, la petitesse et l'irrégularité du pouls, qui sont aussi en faveur de cette opinion. La classera-

t-on, avec *Cullen*, parmi les affections nerveuses? Rien ne l'indique : ou bien, avec M. *Pinel*, dans les affections gastriques ou bilieuses? L'autopsie a prouvé le contraire, vu l'état sain de l'estomac et des deux premiers intestins, ainsi que les déjections décrites.

Doit-on l'admettre dans l'ordre des phlegmasies ou entérites, soit passives, soit actives? Ce qui s'est passé chez le malade les quatre derniers jours de sa vie, favoriserait assez ce sentiment, et l'autopsie le déterminerait plus positivement, puisque le siège de la maladie s'est trouvé dans les intestins iléon et colon : en l'adoptant, ne peut-on pas aussi, avec M. *Geoffroy*, désigner la maladie sous le titre de *cholera-morbus* (1)? Je pense que oui; mais l'embarras est de savoir si cette affection peut être considérée comme une phlegmasie aiguë, spontanée? On serait tenté de le croire, par la rétrogradation des matières sanguines et parenchymateuses, les caillots de sang, d'abord rouges, puis noirs, refoulés dans l'estomac par le mouvement anti-péristaltique, et rejetés par la bouche (ce qui arrive dans le *volvulus* et les hernies étranglées.) Cependant ce qui a plus de rapport au *cholera-morbus*, c'est l'excrétion qui s'est faite en même temps des mêmes matières par l'anus; ceci se trouverait assez d'accord avec les éclaircissemens acquis par les connaissances de l'anatomie pathologique, si avantageuses à tous les praticiens de nos jours;

(1) Dictionnaire des Sciences Médicales, article *cholera-morbus*.

mais pour donner le titre de phlegmasie active très-intense et de gangrène subite, à cette espèce de *cholera*, il aurait fallu qu'au moins pendant quinze à vingt heures une forte fièvre eût précédé le vomissement de sang, et le contraire est arrivé. Actuellement reportons-nous à ce qui a précédé de deux ans la terminaison fatale de *Riou;* que pensera-t-on de ses battemens de cœur continuels jour et nuit, pris par tous les gens de l'art pour un anévrisme de cet organe? Que penser également de sa décoloration générale et de son oppression? A quoi attribuer la cause de tous ces phénomènes? Certes, il y en a cependant une, laquelle ne peut être prise (vu leur longue permanence) pour un état purement spasmodique, comme quelques personnes l'ont cru.

Il nous semble plus naturel de penser que depuis long-temps *Riou* était frappé d'une affection chronique occulte qui avait son siège dans une partie de l'épiploon, et qui, par la suite des temps, a contracté des adhérences avec la portion droite et ascendante du colon, laquelle a fini par y déterminer une phlogose passive jusqu'au moment où la perforation de cet intestin, déterminée par la gangrène, a produit l'épanchement avec l'introduction des portions d'épiploon rendues par en haut et par en bas, comme nous l'avons dit. Une opinion qui ne sera peut-être qu'à moi, est que les battemens du cœur avaient leur cause dans la lésion de quelques branches nerveuses du plexus mésentérique en rapport sympathique avec les nerfs du cœur.

Je soumets cette hypothèse et la solution de ce problême aux physiologistes éclairés.

TRAVAUX

DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE,

Communiqués à la Société Médicale d'Emulation, par M. le docteur VASSAL.

OBSERVATIONS

SUR LES CONVULSIONS;

Par L. GAUTIER, chirurgien-accoucheur.

Les convulsions générales chez les femmes enceintes ou nouvellement accouchées, sont si fréquentes et quelquefois si dangereuses, que le plus grand nombre des Auteurs qui ont écrit sur les accouchemens ont consacré un chapitre pour cette affection. Les causes productrices des convulsions étant assez nombreuses, les moyens curatifs doivent également varier. Parmi ces causes, la plus commune m'a paru être une turgescence des vaisseaux cérébraux, et celle-ci est d'autant plus facile à reconnaître, que la femme présente toujours quelques symptômes apoplectiques. Le déve-

loppement de l'utérus peut aussi déterminer des convulsions; la pression que la tête volumineuse d'un fœtus peut exercer sur les nerfs sacrés, y donne aussi souvent lieu : enfin, les vives affections de l'ame, les pertes de sang, et la suppression des lochies après l'accouchement, en sont autant de causes déterminantes.

Parmi les moyens curatifs les plus efficaces, tous les Auteurs pensent que la saignée doit occuper le premier rang. Mais le célèbre professeur *Baudelocque* fait entrevoir qu'il n'est pas indifférent de la pratiquer dans tel ou tel endroit. Si les convulsions se manifestent dans le début du travail, *Mauriceau* conseille de percer la poche des eaux, sitôt que la dilatation de l'utérus le permet, afin de terminer l'accouchement, parce qu'il attribue les convulsions à la distension de la matrice. Mais les modernes ont pensé, avec raison, qu'il ne fallait employer la méthode de *Mauriceau* que dans le cas où les convulsions se trouvent compliquées d'une perte. M. *Edouard Petit* regarde les vésicatoires comme le moyen le plus sûr pour obtenir une guérison aussi prompte qu'infaillible.

Ma longue pratique m'ayant mis à même de soigner un grand nombre de femmes enceintes ou accouchées, atteintes de convulsions, j'ai presque toujours concurremment employé les divers moyens relatés ci-dessus ; j'ai seulement ajouté l'emploi des bains tièdes, et le succès a toujours couronné mon attente. Les observations que je publie ont moins pour objet d'éclairer un point de doctrine si bien connu, que de confirmer la réussite des divers moyens thérapeutiques conseillés par les Auteurs.

Convulsions pendant la grossesse.

Première Observation. — Madame *Cottin*, habituée aux travaux de la campagne, enceinte de sept mois, fut prise de convulsions dans le courant du mois de mai 1777 ; c'était son onzième enfant. Appelé pour lui donner des soins, je fus effrayé de l'état alarmant dans lequel je la trouvai. Cette femme, d'une constitution sanguine et robuste, avait la figure tellement injectée, qu'elle était d'un violet très-foncé ; le pouls était plein et vibrant ; la langue, moitié sortie de la bouche, était serrée entre les dents et coupée en grande partie ; le pourtour des lèvres était couvert d'une écume abondante, et la respiration était stertoreuse. Mon premier soin fut de placer un morceau de liège entre les dents, pour prévenir la section totale de la langue. La malade fut saignée largement du pied, et j'administrai une potion anti-spasmodique, et une tisane faite avec les fleurs de tilleul et des feuilles d'oranger, le tout pris par cuillerées, mais ce fut avec beaucoup de difficulté. Je fis préparer un bain tiède pour la mettre dedans. Les convulsions continuant malgré la saignée du pied et le bain, je fis placer douze sangsues au cou qui produisirent une évacuation de sang très-abondante, ce qui modéra beaucoup les convulsions. On fit appeler un consultant ; il fut d'avis qu'on appliquât deux vésicatoires aux jambes, et qu'on continuât la potion et la tisane. La potion était composée de deux onces d'eau distillée de fleurs de tilleul, d'autant de celle de primevère, de trente gouttes de liqueur minérale anodine

d'*Hoffmann*, et de deux onces de sirop de fleurs d'oranger. Les vésicatoires étaient indiqués par un assoupissement comateux qui est très-ordinaire après les accès convulsifs. Le lendemain, je prescrivis le petit-lait clarifié. L'assoupissement et le ronflement ne disparurent que le cinquième jour, la connaissance revint peu-à-peu, et l'accouchement s'opéra naturellement le onzième jour : l'enfant était très-délicat, il ne vécut que trente-six heures. La femme se rétablit.

Deuxième Observation. — Au mois d'avril 1780, madame..... grosse de six mois et demi, eut un chagrin violent qui la fit tomber en convulsions. Elle fut d'abord secourue par M. *Latraille*, chirurgien à Saint-Denis, ainsi que par une sage-femme. La malade avait été saignée du bras; on avait prescrit une tisane et une potion anti-spasmodique sans en avoir retiré le moindre succès, lorsque je fus appelé le deuxième jour. La femme paraissait en si grand danger, que le chirurgien avait été tenté, croyant qu'elle rendait les derniers soupirs, de faire l'opération césarienne. Je trouvai la femme dans l'état suivant : le pouls était petit, serré et fréquent. Toute la surface du corps était d'un froid glacial; les jambes et les cuisses étaient considérablement œdématiées; il y avait abolition des facultés intellectuelles; la face offrait de la pâleur et de la bouffisure. Je fis préparer un bain chaud, et la malade y fut placée. A peine y fut-elle restée une demi-heure, que le pouls se développa, et que la chaleur se rétablit de manière à dissiper mes craintes. Je restai auprès de la malade, et, après deux heures de son séjour dans

le bain, m'étant aperçu qu'elle faisait de temps à autre des contorsions qui me firent soupçonner qu'elle éprouvait des contractions utérines, je la touchai, et je trouvai la tête de l'enfant au détroit inférieur, prête à le franchir. Je fis sortir la malade du bain, je la plaçai sur un lit, où elle accoucha en trois ou quatre douleurs. L'enfant était mort; le placenta fut expulsé peu de temps après par les seules contractions de la matrice, aidées de légères frictions sur la région hypogastrique. L'œdème se dissipa en peu de jours; les convulsions ne reparurent plus, et la malade recouvra ses facultés intellectuelles le 7.e ou 8.e jour, en suivant le régime ordinaire d'une femme en couche.

Convulsions à la fin de la grossesse.

Troisième Observation. — Au mois de mai 1788, madame *Noyes*, sage-femme à la Villette, me fit prier de me transporter à Pantin, pour y voir une femme qui, dès les premières douleurs qu'elle avait éprouvées pour accoucher, fut prise de convulsions. A mon arrivée je trouvai la malade dans des crises si violentes, qu'il y avait à craindre qu'une apoplexie foudroyante ne se manifestât. Le pouls était plein et serré, la face était presque noire, la respiration stertoreuse, les convulsions se succédaient rapidement. Je fis aussitôt une ample saignée de la jugulaire. Je fis préparer un bain tiède, et on y plongea la malade. Les convulsions continuèrent, malgré l'emploi de ces moyens; la face fut moins injectée. Je pratiquai une large saignée du pied, ce qui modéra les accès convulsifs; mais

ils furent remplacés par des contractions utérines qui dilatèrent l'orifice de la matrice, et me mirent à même de terminer l'accouchement avec le forceps. Une heure après l'accouchement, la femme éprouvant encore de légères attaques de convulsions et un assoupissement très-profond, je fis placer deux vésicatoires aux jambes, et j'ordonnai des boissons et une potion anti-spasmodiques, comme dans les observations précédentes. La femme se rétablit dans l'espace de quinze à dix-huit jours.

Quatrième Observation. — Au mois de pluviôse an 12, l'épouse de M. *Varé*, secrétaire du juge-de-paix de Clichy, fut prise de convulsions au début du travail. Son médecin fut appelé, et ordonna une potion et une boisson anti-spasmodiques qui ne produisirent aucun soulagement, ce qui détermina le médecin à réclamer un accoucheur. Je fus demandé. Je trouvai la femme en proie à des convulsions très-violentes. Cette femme, d'une très-petite taille, délicate et nerveuse, affectée de gibbosité, avait la figure absolument décomposée et de couleur presque noire. Je fis placer aussitôt douze sangsues au cou qui produisirent un écoulement de sang très-abondant. Je fis préparer un bain dans lequel elle fut mise aussitôt qu'il fut prêt. J'avais touché la femme pour connaître l'état de l'orifice de la matrice, et pour m'assurer de la disposition du bassin que je trouvai mieux conformé que je ne l'aurais cru en voyant la femme si petite et la colonne épinière si déformée; l'orifice de l'utérus était à peine dilaté de la grandeur d'une pièce de six sous. Deux heures après l'emploi de ces moyens, les convulsions devinrent plus

éloignées, leur durée était moins longue. Je touchai la femme, et je trouvai l'orifice de la matrice suffisamment dilaté, et assez souple pour que l'accouchement pût être terminé avec le forceps, ce que je fis après avoir placé la femme convenablement. L'enfant était très-délicat. La sortie du placenta ne tarda pas à se faire par les seules contractions de la matrice. Quoique les convulsions disparurent après l'accouchement, je plaçai néanmoins deux vésicatoires aux jambes, parce que l'accouchée était plongée dans un *coma* profond. Les anti-spasmodiques en potion et en boissons furent continués; la femme ne recouvra ses facultés intellectuelles que le sixième jour; elle ne croyait pas être accouchée, et on ne le lui annonça que le neuvième. Elle se rétablit parfaitement dans l'espace de dix-huit jours. Elle a eu un second accouchement, mais sans accidens.

Convulsions après l'accouchement.

Cinquième Observation. — Au mois de mars an 10, l'épouse de M. *Rouget*, fondeur-plombier, accoucha heureusement et fut délivrée de même, sans aucune perte de sang. Au moment de la changer de linge, elle fut saisie par des convulsions très-violentes qui effrayèrent tous les assistans. La sage-femme qui était auprès de l'accouchée, me fit prier de m'y transporter. A mon arrivée, je trouvai la femme en proie aux convulsions; la face était d'un violet très-foncé; une écume épaisse sortait de sa bouche et de ses narines; le pouls était plein, dur et précipité; les veines jugulaires étant très-gorgées de sang, j'y plon-

geai une lancette sans me servir de la ligature; je pressai, d'une main, la veine avec le pouce, tandis que de l'autre je l'ouvris. Le sang jaillit avec force pendant un peu de temps, mais sur la fin il ne jaillissait plus. J'en laissai couler au moins trois palettes. Les convulsions cessèrent presqu'aussitôt pour ne plus reparaître; mais il restait un assoupissement et la perte de connaissance, ce qui nécessita l'application des vésicatoires aux jambes. Je prescrivis les anti-spasmodiques.

La malade recouvra ses facultés intellectuelles le huitième jour, et fut parfaitement rétablie le dix-huitième.

Sixième Observation. — Au mois de juin an 11, l'épouse d'un boulanger accoucha heureusement et fut délivrée de même par une sage-femme. Celle-ci, après l'avoir habillée, la fit mettre dans son lit, et se retira chez elle à la Villette. A peine y fut elle arrivée, qu'on vint la chercher. A son retour, elle trouva l'accouchée dans des convulsions très-violentes, elle me fit prier de venir la voir. Je la trouvai dans de fortes convulsions; sa figure était presque noire, ses veines très-dilatées. Je fis aussitôt une ample saignée de la jugulaire qui produisit tout l'effet que je pouvais en attendre, car les convulsions ne reparurent plus. Il resta, comme chez toutes les femmes qui font le sujet des observations précédentes, un assoupissement et un ronflement considérables, ce qui me détermina à faire l'application de deux vésicatoires aux jambes qui dissipèrent les accidens.

Malgré que la femme fût en pleine connaissance lors de son accouchement, elle ne s'en

souvint pas. Lorsqu'après ses convulsions elle eût recouvré l'usage de ses facultés intellectuelles, elle ne pouvait se persuader que l'enfant qu'on lui présentait fût le sien. Elle fut parfaitement rétablie le quinzième jour, et elle eut depuis une couche de deux enfans, sans aucun accident.

La cause des convulsions que cette femme a éprouvées, provenait sans doute de ce qu'elle avait bu beaucoup de vin, et même d'eau-de-vie, pendant le travail de l'accouchement, espérant par là soutenir ses forces et accélérer sa délivrance : ce moyen est d'ailleurs très-employé parmi les femmes du peuple.

Les observations que je viens de communiquer me semblent suffisamment prouver que le plus grand nombre des convulsions chez les femmes enceintes ou chez les nouvelles accouchées que j'ai eu à traiter, n'ont été dues qu'à la turgescence des vaisseaux du cerveau, et que le moyen par prédilection doit être la saignée, mais surtout celle de la veine jugulaire. Les succès multipliés que j'ai obtenus de cette saignée, justifient l'opinion du célèbre *Baudelocque*. J'ose même assurer que dans le plus grand nombre des cas, la saignée de la jugulaire suffira pour dissiper les convulsions. Les bains me paraissent toujours utiles, attendu l'état de rigidité dans lequel se trouve le col de la matrice lorsqu'il y a convulsions. Mais si le premier moyen fait cesser la compression du cerveau, le second dissipe le spasme général dépendant de cette même compression.

Quant aux vésicatoires, ce sont des moyens auxiliaires qui deviennent indispensables lors-

qu'après la cessation des convulsions, le cerveau reste dans une espèce de *collapsus*.

Ma longue pratique m'a fourni un grand nombre d'observations de cette nature que j'aurais pu ajouter à celles que je présente, mais j'ai pensé que ce petit nombre de faits serait suffisant pour éclairer les jeunes praticiens.

OBSERVATION

SUR UN SQUIRRE ULCÉRÉ DU CARDIA,

Par M. Fourcadelle, docteur en médecine.

Le zèle infatigable avec lequel les médecins modernes se sont livrés à l'étude de l'anatomie pathologique, a prouvé que les affections organiques étaient beaucoup plus fréquentes qu'on ne l'avait cru jusqu'alors; et leurs recherches ont non-seulement reculé les limites de l'art en découvrant des lésions qui nous étaient inconnues, mais elles ont encore éclairé le praticien sur le diagnostic de ces mêmes lésions.

M. *Ringuet*, âgé de 68 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin et d'une forte constitution, ayant toujours mené une vie régulière, sujet depuis plusieurs années à des catarrhes périodiques, et jouissant dans l'intervalle de la meilleure santé, fut pris spontanément vers le milieu du mois de septembre 1807, de vomissemens qui n'avaient lieu qu'au moment où il voulait avaler des alimens, soit liquides,

soit solides ; tout-à-coup il était forcé de s'arrêter ; une suffocation extrême s'emparait de lui, avec extinction totale de la voix. En outre, il éprouvait des douleurs déchirantes derrière le sternum, et un affadissement du cœur insupportable. (C'était ainsi que le malade s'exprimait.)

Tous les accidens cessaient aussitôt qu'il avait vomi une quantité plus ou moins grande de matières glaireuses, mêlées avec le peu d'alimens qu'il avait avalés ; ensuite il continuait à manger avec assez de facilité, et vomissait encore une fois tout au plus, mais sans beaucoup de peine.

L'ipécacuanha, le petit-lait, l'eau de poulet, les anti-spasmodiques, les eaux de *Seltz*, prescrits alternativement, ne procurèrent presque pas de soulagement.

Cet état dura à-peu-près un mois, et n'empêcha pas le malade de sortir plusieurs fois ; mais il rentrait toujours très-fatigué. Pendant tout ce temps, le pouls était calme, la peau dans son état naturel. Les nuits étaient excellentes ; la bouche pâteuse, et néanmoins sans dégoût. L'urine était rare, en petite quantité, fortement briquetée, et très-fétide. La maigreur devenait de jour en jour plus sensible. Les accidens allèrent progressivement en augmentant, et il ne fut plus possible de rien faire passer dans l'estomac. Les efforts que ce malade faisait pour vomir étaient si violens, que souvent dans ce qu'il rejetait il s'y trouvait des parcelles d'un sang décoloré.

Boissons à la glace, eaux alkalines gazeuses, opium, vésicatoires sur la poitrine.

On fut contraint de soutenir ses forces avec

des lavemens nourrissans, les pieds s'engorgèrent, les urines devinrent de plus en plus rares, mais sans odeur. Fréquentes évacuations alvines de matières semblables à celles que l'on rend dans le *maeléna;* gonflement alternatif des mains, chaleur ardente de poitrine, agitation presque continuelle, toujours des efforts considérables pour vomir, une plus ou moins grande quantité d'un liquide tantôt noir, tantôt brunâtre, avec des lambeaux membraneux. Pouls très-variable, oppression, dégoût insupportable qui, au dire du malade, l'empoisonnait. La langue, par fois couverte d'un enduit blanchâtre, et d'autres fois vermeille; hoquet fréquent, salivation insupportable. Vers le dernier temps, les boissons passaient assez facilement, et six jours avant la terminaison de cette affreuse maladie, il y eut des sueurs d'expression, seulement à la tête et à la poitrine, précédées par des frissons. Les mains et les bras se désenflèrent. Assoupissement, léger délire, anxiétés. Toux avec expectoration de matières mêlées de filamens noirs, et d'une substance semblable à du blanc d'œuf. Le 23 décembre, retour de l'enflure des bras, respiration stertoreuse, membres froids, et dans la nuit, mort.

Ouverture du cadavre. — Toute notre attention se dirigea du côté de l'estomac, que nous soupçonnions être le siège de la maladie. Nous trouvâmes ce viscère plus petit que dans son état naturel. Il contenait quelques cuillerées d'un liquide puriforme et noirâtre. La membrane muqueuse de la moitié de l'orifice cardiaque de ce viscère, était phlogosée. Le lobe gauche du foie entièrement gangréné, adhé-

rait à un ulcère carcinomateux qui avait son siège au côté droit du cardia, et qui avait entièrement détruit ses parois ; toute sa circonférence était dure, squirrheuse. Cependant le diamètre de l'ouverture cardiaque n'était pas très-diminué du côté de l'œsophage.

La capacité de l'estomac n'était pas plus grande que dans l'état ordinaire; cet organe était sain du reste. Quelques portions du grand lobe du foie étaient hépatisées. La rate était flétrie, et les reins présentaient quelques vestiges d'ulcération. Les organes de la respiration n'offrirent rien de morbide. Mais si quelque chose doit fixer l'admiration du praticien, c'est cette surveillance active de la nature, qui fait toujours de grands sacrifices pour reculer le moment de notre destruction : on peut se convaincre de cette vérité par l'adhérence intime de la face concave du lobe gauche du foie, avec toute la circonférence de l'ouverture de la paroi supérieure de l'estomac, ce qui obturait complètement la portion détruite, et empêchait, par ce moyen, que les liquides ne s'épanchassent dans l'estomac. Un symptôme qui ne doit point échapper, c'est le rejet constant des alimens pris, avant qu'ils ne pussent parvenir dans l'estomac. Ce phénomène est d'autant plus important à connaître, que le praticien peut assurer d'avance que le siège de la maladie est au cardia et non au pylore.

De l'Imprimerie de MIGNERET, Imprimeur du Journal de Médecine, rue du Dragon, F. S. G., N.° 20.

BULLETIN

DE

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Rédigé par M. BRESCHET, Secrétaire-général de cette Société (1).

N.° X. — OCTOBRE 1815.

OBSERVATION

SUR UN CAS PARTICULIER DE L'OPÉRATION DE LA CASTRATION ;

Par M. H. Cloquet, D.-M.-P., prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris, membre de la Société Médicale d'Emulation, etc.

Un jeune homme de vingt-six ans, d'une constitution forte et robuste, n'ayant jamais

(1) C'est chez ce médecin, (rue de la Jussienne, N.° 17), qu'on doit adresser, *francs de port*, les mémoires imprimés ou manuscrits, les observations et tous les ouvrages de médecine qu'on desirera présenter à la Société, ou faire insérer dans son Bulletin.

eu de maladie vénérienne, et porteur d'une hernie inguinale du côté gauche, depuis son enfance, offrait du même côté, dans l'intérieur du scrotum, une tumeur dure, bosselée, pesante, ovoïde, comprimée de dehors en dedans, plus volumineuse que le poing, séparée de l'anneau inguinal par un intervalle fort apparent, et donnant la sensation d'une fluctuation sourde. Cette affection avait commencé il y avait environ dix ans; se développant d'abord lentement, ce n'était guères que depuis trois ans qu'elle avait fait des progrès rapides.

Des chirurgiens et des médecins instruits furent consultés dans une ville de province où le malade se trouvait alors; tous s'accordèrent à reconnaître un sarcocèle, et pensèrent que l'opération devait être pratiquée, vu que le cordon ne présentait aucune altération, que la tumeur était indolente, et que le consultant jouissait d'ailleurs de la meilleure santé.

L'ablation de la partie affectée étant décidée, le malade fut couché sur le bord de son lit; et par le seul effet de la position, la hernie peu volumineuse se trouva réduite spontanément. Un chirurgien habile et habitué à la pratique des grandes opérations, fut chargé de celle-ci, qui fut faite suivant toutes les règles, mais dont je vais pourtant exposer les détails, à cause des suites qu'elle a présentées.

Comme la peau des bourses était saine, non-adhérente, et parfaitement mobile sur la tumeur, elle fut disséquée entièrement par suite d'une incision longitudinale qui s'étendait depuis le haut de l'anneau inguinal jusqu'à la partie la plus déclive du scrotum; le tissu cellu-

laire du dartos fut détaché comme à l'ordinaire ; une ligature fut passée autour du cordon des vaisseaux spermatiques, dont on opéra ensuite la section, et qui n'éprouva aucune rétraction dans la partie restante ; enfin, la tumeur entièrement isolée fut extraite de la poche membraneuse qui la contenait.

Mais pendant la dissection du cordon, le sac herniaire qui avait contracté des adhérences avec lui fut ouvert; et lorsque la section en eut été pratiquée, l'artère spermatique se trouva tellement ramifiée, qu'il fallût embrasser tout le cordon dans une ligature générale, vu l'impossibilité d'en lier séparément les rameaux.

Le fond de la plaie fut mollement rempli de charpie saupoudrée de colophane ; les parties furent entourées de compresses longuettes, et tout l'appareil fut assujetti au moyen d'un bandage inguinal.

Immédiatement après le pansement, une hémorragie assez forte se manifesta ; il survint une faiblesse extrême ; des vomissemens violens parurent tout-à-coup et se succédèrent avec rapidité, en même temps que de vives douleurs se firent ressentir sur les parties latérales du cou. On donna un mélange d'extraits de quinquina et d'opium, qui resta sans effet contre les vomissemens. En même temps on s'opposa avec succès à l'écoulement du sang, en accumulant vers la plaie des linges et de la charpie, de manière à opérer une sorte de compression.

Le soir, grande tension de l'abdomen, éructations fréquentes, pouls petit et précipité, peau froide, vomissemens continuels. On donne

inutilement des anti-spasmodiques; un lavement avec addition de sirop diacode n'est point rendu.

Le lendemain, même état; tension de l'abdomen augmentée; vomissement de tous les médicamens aussitôt après leur administration; cependant la peau n'est pas froide comme la veille.

Le 3.e jour, continuation des vomissemens qui épuisent le malade, et résistent à tous les remèdes, excepté à quelques cuillerées de vin d'Espagne, qui les calment pour quelques instans. L'esprit est inquiet et troublé, symptôme qui s'était manifesté dès le moment de l'opération. Des coliques violentes se joignent aux autres accidens indiqués. Les rubéfians à l'extérieur, les narcotiques, les calmans à l'intérieur, sont sans efficacité. Au reste, dès le matin on a enlevé toutes les ligatures, dans la crainte qu'elles ne soient la cause de tous les symptômes nerveux observés, et l'hémorragie ne se manifeste point. Au commencement du quatrième jour, même état. A cinq heures du matin, léger amendement. A dix heures, la face est grippée, la peau froide et terne, la faiblesse excessive. La mort survient à trois heures après-midi, sans trouble dans les facultés intellectuelles.

A l'examen du cadavre, on trouve les traces d'une légère péritonite; les intestins, couverts d'une couche mince d'albumine, adhèrent les uns aux autres; mais, chose remarquable, la cavité abdominale contient plus d'une pinte d'un sang noir, mêlé de caillots, que l'on observe jusques dans les hypochondres, sous le foie et autour de la rate: le petit bassin en particu-

lier en est rempli. Le malade paraît donc être mort d'un épanchement sanguin dans l'abdomen, et ce sang n'a pu pénétrer que par l'ouverture du sac herniaire coupé pendant l'opération, et lors de l'hémorragie pour laquelle on a établi une sorte de compression.

Lorsqu'après avoir enlevé la tumeur, si on avait voulu en examiner la nature, on aurait reconnu qu'elle ne tenait en rien au testicule qui était très-sain et placé au-dessous d'elle. Elle remplaçait l'épididyme aux dépens duquel elle paraissait s'être développée. C'était un véritable kyste, dont les parois fibro-cartilagineuses, d'une ligne et demie d'épaisseur, renfermaient un fluide roussâtre, albumineux, et une matière pultacée, d'une rouge brun, semblable à l'écume que formerait du sang en bouillant dans l'eau. Une sorte de fausse-membrane brunâtre tapissait tout l'intérieur de ce kyste, excepté au lieu correspondant au corps d'*Hyghmore*, où l'on remarquait plusieurs points blanchâtres ulcérés.

Tel est le fait que je présente à la Société; je ne sache point qu'on ait encore rien publié de semblable; je le réduis à sa plus simple expression :

1.° Une tumeur formée dans les bourses aux dépens de l'épididyme, acquiert un volume plus considérable que celui du poing, quoique le testicule reste sain, et elle nécessite l'ablation de cet organe.

2.° Un épanchement de sang mortel a lieu dans l'abdomen à la suite de l'opération de la castration, parce que le malade avait une hernie inguinale dont le sac fut ouvert pendant l'opération.

Les conséquences qui découlent d'un pareil accident une fois connues, me paraissent trop simples pour que je me permette de les exposer ici.

QUELQUES REFLEXIONS

SUR L'OBSERVATION PRÉCÉDENTE;

Par MM. BRESCHET et VILLERMÉ.

L'OBSERVATION recueillie par M. *Hipp. Cloquet*, offre deux circonstances extraordinaires; 1.° un kyste fibro-cartilagineux développé aux dépens de l'épididyme; 2.° l'introduction dans la cavité de l'abdomen, et à travers un sac herniaire ouvert dans l'opération de la castration, d'une grande quantité de sang, ce qui a été la cause matérielle d'une péritonite et de la mort.

La présence d'un kyste semblable dans l'épididyme, nous paraît un fait bien rare; il constituait, en quelque sorte, une espèce nouvelle d'hydrocèle, si l'on peut donner ce nom à une tumeur de ce genre. Nous croyons qu'il eût été difficile de ne point confondre celle-ci avec un sarcocèle ou un hydro-sarcocèle, puisqu'elle était pesante, qu'elle ne se détachait nullement du testicule, et que la saillie de ce dernier pouvait être prise pour une des bosselures de la tumeur, dont pourtant elle ne devait pas avoir toute la dureté. En conséquence, il nous semble que l'opération que l'on a pratiquée, ne peut être examinée dans

sa nécessité, que sous le rapport de la maladie avec laquelle on a confondu celle qui fait le sujet de l'observation.

Les annales de la chirurgie offrent des exemples très-communs d'épanchement sanguin dans la cavité du péritoine, comme complication des plaies pénétrantes; elles contiennent aussi beaucoup d'observations qui prouvent que des hémorragies, qui se sont manifestées à l'extérieur, sont survenues pendant l'opération de la hernie étranglée, lorsqu'on incisait le sac, ou très-peu de temps après; mais nous, nous ne connaissons point d'exemple d'épanchement sanguin dans l'abdomen, qui soit semblable à celui rapporté par M. *Cloquet*. En général, les Auteurs ne nous paraissent pas avoir assez considéré toutes les suites qui peuvent résulter de l'ouverture d'un sac herniaire : ils ne parlent d'hémorragie avec épanchement dans l'abdomen, que dans les cas d'excision d'une partie du sac qui y a été ramené; cas avec lequel, peut-être, celui de l'observation avait de l'analogie. Quoi qu'il en soit, cette observation porte à croire qu'il faut éviter d'ouvrir le sac herniaire, toutes les fois que l'on opère sur le cordon des vaisseaux spermatiques. Si le sac se trouvait tellement prolongé et adhérent aux vaisseaux spermatiques et au canal déférent, que l'on ne pût pas faire autrement que d'en enlever une partie, il faudrait se conduire comme après l'opération d'une hernie; ou, ne pourrait-on pas se servir du procédé de *Desault*, pour la cure radicale de ces hydrocèles, lequel consisterait ici à faire rentrer les portions d'intestins descendues dans le sac, à exercer une forte compression sur l'arcade

crurale et l'extrémité du conduit sus-pubien, afin d'oblitérer momentanément la partie supérieure du sac dans lequel on pousserait une injection stimulante dans la vue d'y faire naître une inflammation adhésive ; puis à cesser la compression après qu'on aurait bien évacué toute la matière de l'injection ? L'opération se ferait, il est vrai, en deux temps et à des époques assez éloignées ; mais cet inconvénient serait bien racheté par les avantages de la sûreté qui en résulterait. Ce que nous disons ici, serait applicable aux cas de sarcocèle dans lesquels la tumeur ne pourrait pas être enlevée sans ouvrir un sac herniaire. C'est le seul cas où il serait permis à un chirurgien de tenter, par l'opération, la cure radicale d'une hernie non étranglée.

Nous terminerons ces réflexions en faisant remarquer que les symptômes extrêmement violens qui ont suivi l'opération et précédé la mort, et de plus la présence d'une couche albumineuse unissant entre eux les intestins, n'annonçaient pas une légère péritonite, mais, au contraire, une inflammation très-intense. On sait qu'à la mort, le sang rouge disparaît des capillaires, et que sa stase dans ses vaisseaux ne s'y prolonge qu'autant qu'elle dure depuis quelque temps : c'est pour cela que, dans le principe des fausses-membranes, les autres traces de l'inflammation sont souvent équivoques. La présence, après la vie, du sang dans des vaisseaux qui, dans l'état de santé, ne l'admettaient point, est particulièrement l'effet des inflammations chroniques.

RAPPORT ANALYTIQUE

FAIT PAR M. *Villermé*, SUR UN MANUSCRIT AYANT POUR TITRE :

Mémoire sur le traitement des fièvres intermittentes et rémittentes primitives ou essentielles ;

Par M. *Hurtado*, médecin espagnol, ancien élève pensionné de S. M. C. au Collège Royal de Chirurgie de Madrid, ex-chirurgien-major du régiment de Tolède, membre correspondant de la Société Médicale d'Emulation de Paris, et de celle de Médecine de Bordeaux, etc.

On cherche à établir, dans ce mémoire, que toutes les fièvres intermittentes et rémittentes, essentielles ou primitives (on ne doit pas perdre de vue qu'il n'y est jamais question de fièvre secondaire ou symptomatique), sont identiques. C'est principalement sur son observation particulière, que l'Auteur appuie son opinion : il a reconnu que les fièvres intermittentes et rémittentes règnent ensemble ; qu'une atmosphère qui est chaude et humide pendant quelque temps, produit également les unes et les autres, ou en favorise le développement ; que dans les lieux bas et humides, où les premières sont endémiques, les secondes le sont aussi ; que les individus qui, par leur tempérament, leur profession, les endroits qu'ils ha-

bitent, etc., ont *peu de ressort dans la fibre*; sont indifféremment exposés aux fièvres rémittentes et intermittentes; enfin, que ces fièvres, quel que soit leur type, guérissent également par le quinquina. C'est particulièrement dans un pays marécageux et très-chaud, les environs des sources de la Guadiana, en Espagne, où ces fièvres sont très-fréquentes depuis le mois de juin jusqu'à celui de septembre, que M. *Hurtado* a recueilli de semblables résultats. Il raconte sur-tout ce qu'il a observé, et ce qu'il dit ne se trouve pas conforme aux opinions généralement reçues.

Notre Auteur pense qu'on ne peut trop se hâter de *couper* avec le quinquina, toutes les fièvres intermittentes et rémittentes, bénignes et pernicieuses, l'expérience lui ayant démontré que le très-prompt usage de ce médicament est constamment salutaire; tandis que lorsque l'on temporise pour son administration, la fièvre peut dégénérer et acquérir un nouveau degré d'intensité, ou présenter quelque symptôme funeste, comme cela s'observe particulièrement dans certaines épidémies où une fièvre qui paraît très-bénigne dans son commencement, change tout-à-coup, et devient fièvre pernicieuse. Il s'est convaincu que la plupart des fièvres rémittentes et intermittentes non-pernicieuses, que l'on abandonne à elles-mêmes ou que l'on attaque avec d'autres moyens que le quinquina, passent les septième, neuvième et douzième accès, et que celles qui disparaissent aux sixième et septième, laissent les malades dans un état de faiblesse qui dure plusieurs jours, et leur convalescence est toujours longue; il prétend qu'en arrêtant ces fiè-

vres au moyen de bon quinquina, avant les troisième, quatrième et cinquième accès, la convalescence est courte ou même nulle, et qu'on n'a pas à craindre de récidive.

A l'appui de ce qu'il avance, M. *Hurtado* rapporte beaucoup d'observations dont il aurait pu singulièrement multiplier le nombre, puisqu'il en a recueillies plus de deux cent soixante. On voit, par ces histoires particulières qui militent puissamment en faveur de l'opinion de l'Auteur, qu'il n'a point tenu compte, dans la plupart des cas, des symptômes d'embarras gastrique, ni de l'état inflammatoire apparent; et que loin d'administrer d'abord l'émétique et les purgatifs, il fait prendre de suite et sans aucune préparation, le quinquina après l'accès, et à des doses qui paraîtront, à beaucoup de médecins, exorbitantes. J'ai toujours vu que les médecins qui suivent la méthode d'attaquer sans délai les fièvres par le quinquina, malgré que les autorités les plus respectables et les plus nombreuses veuillent que que l'on commence le traitement, dans le principe de la maladie, par l'administration des évacuans émétiques ou purgatifs, donnaient beaucoup moins d'extension au précepte préconisé par M. *Hurtado*. Ecoutons-le lui-même touchant les symptômes qui se présentent dans l'accès d'une fièvre intermittente ou rémittente bénigne, et qui semblent exiger l'usage de l'émétique ou des purgatifs: « Tant que celle-ci (la fièvre) dure, l'amer- » tume de la bouche, les nausées, les vomis- » semens, etc., en sont inséparables; que l'on » prenne le quinquina, et tout disparaîtra. Qui » n'a pas observé que très-fréquemment les

» symptômes d'embarras gastrique, lesquels
» sont très-marqués lorsqu'un accès de fièvre
» se termine ou vient de finir, n'existent plus
» deux heures après ? Si ces symptômes persis-
» tent après la fièvre, ce qui se remarque sur
» quelques malades, alors la fièvre sera pres-
» que toujours ramenée par l'émétique ou par
» un purgatif. »

L'opinion de l'Auteur du mémoire dont je rends compte, n'est pourtant pas absolument exclusive, puisqu'il convient que quelquefois il a eu recours aux évacuans dans le début des fièvres intermittentes et rémittentes, sur-tout lorsque ces maladies étaient produites par quelques excès de table, ou dans quelques rémittentes et intermittentes d'automne, qui se présentaient avec un appareil décidément bilieux, mais dont il ne détermine pas autrement les caractères.

Il prétend que lorsque les évacuans, émétiques ou purgatifs sont indiqués, on ne doit jamais les employer dans le but de guérir ou d'affaiblir la fièvre intermittente ou rémittente, comme le croient beaucoup de praticiens, mais seulement dans le but de préparer les voies au fébrifuge.

M. *Hurtado* en conviendra lui-même : l'observation si ordinaire de guérison de fièvres après un seul émétique, est bien propre à fortifier et à enraciner ce qu'il appelle la routine et le préjugé. Est-ce que ces cas de guérisons obtenues dès le début des fièvres, se sont offerts plus rarement dans sa pratique que dans celle des autres ; ou bien, est-ce que, sans s'en apercevoir, il a présenté son opinion d'une manière un peu exagérée ?

Je ne rappelerai pas les principes du traitement des fièvres intermittentes, mais il me semble qu'il était essentiel de distinguer ces fièvres lorsqu'elles sont gastriques, ce qui a presque toujours lieu, de celles qui sont muqueuses ou pituiteuses : or, c'est ce que n'a pas fait M. *Hurtado*.

Si le traitement commun que semblent exiger les fièvres intermittentes, justifie de les avoir toutes réunies en un seul genre, puisque l'on ne considère les fièvres, dans ce mémoire, que sous le rapport du traitement général qui leur convient, peut-on également confondre, sous le même rapport, les fièvres rémittentes non-pernicieuses, avec les fièvres intermittentes? Si l'on a cru voir que l'on pouvait, en quelque sorte, considérer le quinquina lorsqu'on le prescrit avec sagacité dans les fièvres intermittentes, comme leur spécifique, je ne crois pas que l'on ait observé que son effet fût généralement aussi heureux dans les fièvres rémittentes, malgré que des médecins d'un grands poids, entre autres *Morton*, *Baumes*, etc., aient cru, ainsi que M. *Hurtado*, à l'analogie des fièvres intermittentes avec les rémittentes, et aient même avancé que, sous le rapport de la pratique, il fallait considérer la plupart de ces dernières comme ne formant qu'un seul genre avec les premières, et malgré qu'en général on s'accorde assez à regarder l'emploi de l'écorce du Pérou comme d'autant plus salutaire dans les fièvres rémittentes, que leur rémission est plus sensible. Dans une matière de faits comme celle-ci, c'est bien sur son expérience qu'il faut s'appuyer; mais est-ce que celle de tant de médecins célèbres ou distingués

est moins certaine que celle de M. *Hurtado* ?

Notre Auteur insiste sur la nécessité bien reconnue de profiter de tout le temps des intermissions et des rémissions, pour prévenir le retour des paroxysmes par la prompte administration du quinquina, et non des évacuans qui, selon lui, loin de prévenir les accès, les font avancer et contribuent à leur retour. Il pense que, nonobstant ce que veulent plusieurs praticiens, et parmi eux *Cullen*, il ne faut pas diriger les accès de manière à obtenir une crise, parce que cette crise qui est ordinairement la sueur, est, à ce qu'il prétend, ce qui favorise le retour de la fièvre par l'affaiblissement qu'elle occasionne. Par conséquent, c'est vers les symptômes alarmans qu'on doit diriger son attention pendant les paroxysmes; on s'occupe ensuite des moyens de prévenir l'accès suivant.

L'Auteur du mémoire s'élève particulièrement contre la méthode recommandée par quelques médecins, entre autres par *Cullen*, de donner l'émétique pendant le froid de l'accès ou au commencement de la chaleur; il a vu jusqu'à la syncope en résulter assez souvent, et il rapporte plusieurs observations pour prouver le danger d'une semblable méthode qui change communément les fièvres intermittentes en rémittentes, et qui, dans presque tous les cas, aggrave la maladie.

Enfin, dans l'opinion de M. *Hurtado*, le quinquina est le spécifique de toutes les fièvres rémittentes et intermittentes primitives ou essentielles. Autrement, comment les guérirait-il seul tant de fois subitement, sans danger et sans rechûte ? Par conséquent, l'usage de ce remède est toujours indiqué, à moins

pourtant d'une contre-indication majeure accidentelle, qui ne peut être qu'extrêmement rare.

Loin de trouver dans les cas de gravité et de danger pressant des fièvres intermittentes et rémittentes graves ou pernicieuses, un obstacle qui s'oppose à l'administration du quinquina, sans aucune préparation préalable, notre Auteur y trouve au contraire un motif de plus pour recourir amplement, et le plus promptement possible, à son usage. Il a observé, ainsi que l'avaient fait plusieurs praticiens, et entre autres M. *Alibert*, que ces fièvres sont d'autant plus dangereuses qu'elles se rapprochent davantage des fièvres ataxiques continues, et que le malade succombe presque infailliblement, si l'art ne vient de suite à son secours avec le seul remède qui convienne, malgré que souvent les symptômes paraissent en réclamer un autre.

M. *Hurtado* veut que l'on administre le quinquina seul en substance, sous forme de poudre subtile; mais comme il est des cas où les malades ne le peuvent supporter ainsi, il recommande de modifier sa saveur désagréable par le sirop d'écorce de citron et diacode, etc.; moyens simples à l'aide desquels il a prévenu quelquefois le vomissement qui suit l'ingestion du fébrifuge. Quand, par aucun moyen, l'état de la maladie ne permet pas qu'on fasse usage du quinquina en substance, il se sert d'une macération à froid très-chargée de ce médicament (car il s'est souvent convaincu, avec plusieurs autres, que dans cette préparation le quinquina n'éprouve aucune altération essentielle, et que les decoctions de ce fébrifuge

sont loin d'agir avec la même énergie), dont il fait boire au malade une verrée de quatre à six onces toûtes les heures, en ayant soin d'aider l'action de la liqueur, par des cataplasmes et des lavemens de quinquina. L'expérience lui a aussi démontré que l'extrait de cette écorce, que quelques médecins ont regardé comme sa quintessence, et dans laquelle ils voulaient que résidât, sous un bien moindre volume, toute sa vertu, dégagée des inconvéniens attachés à la partie ligneuse, est bien moins efficace qu'une quantité proportionnelle du même quinquina pris en substance ou en poudre.

La pratique de M. *Hurtado* diffère de celle de la plupart des médecins, par les quantités de quinquina qu'il donne : quand la fièvre intermittente est sous type de tierce, il a pour coutume d'administrer d'une once et demie à deux onces du fébrifuge, qu'il divise communément en sept on huit doses, à prendre de trois en trois heures. Si la fièvre intermittente est quotidienne, il en donne deux onces ou deux onces et demie, en six doses, dans l'apyrexie : si elle est quarte, la quantité est de trois ou quatre onces. Lorsque la fièvre est rémittente, c'est trois onces ou trois onces et demie du fébrifuge qu'il donne, en huit ou dix doses, de deux heures en deux heures; enfin, si la fièvre rémittente ou intermittente, est grave ou pernicieuse, la première dose est souvent d'une demi-once, la seconde est de trois gros, etc.

C'est avec la doctrine de *Voulonne*, que paraît se rapprocher le plus celle du mémoire dont j'ai rendu compte. Je ne parlerai pas de l'exagération de quelques idées qu'il me semble

renfermer : je l'ai déja fait pressentir ailleurs.

Ce mémoire est terminé par une notice sur les espèces de quinquina dont la médecine fait aujourd'hui le plus d'usage en Espagne : je vais la transcrire ici.

Ces espèces sont réduites au nombre de trois.

I.re Espèce. *Cinchona Condaminea*, de » MM. *Humbold* et *Bompland*; *cinchona fina* » *de Loxa*, en Espagnol ; quinquina brun des » Français. Celui-ci est le quinquina par ex- » cellence, le premier et le meilleur de ceux » que possède la médecine ; c'est celui que » l'on apporte par choix dans les pharmacies » de S. M. C., des bois d'Utizinga, de Guati- » zinga et de Caxamalca, parce que l'expé- » rience a prouvé qu'il est beaucoup supérieur » à celui que fournissent les bois de Quito, » de Cordoue, de Tucuman, de Jaen, de » Bracamoros, et autres endroits du même » Royaume du Pérou, quoique ce dernier soit » aussi de la même espèce, et d'une qualité » supérieure à celle des autres. Il résulte des » expériences qu'a faites M. *Bagnarès*, phar- » macien et chimiste espagnol, que les pro- » priétés qu'a cette espèce de quinquina, de » décomposer la dissolution de tartre stibié, » celles de noix de Galle, de sulfate de fer, et » la solution de gélatine animale, etc., sont » beaucoup plus marquées, ainsi que cela est » démontré par l'abondance, les proportions et » les couleurs des précipités. »

« II.e *Cinchona lancifolia* de *Mutis* ; *kina* » *kalisaya* des Espagnols ; quinquina orangé » des Français. Les botanistes connaissent très-

» peu cette espèce, et, en général, ce n'est
» guères que par induction qu'ils l'ont rappor-
» tée au genre *cinchona*. Il est d'observation
» que quand ce quinquina a été recueilli,
» desséché et conservé avec soin, il produit
» de très-bons effets; néanmoins ils ne sont
» pas aussi sûrs que ceux de l'espèce précé-
» dente, et ils s'accompagnent quelquefois de
» maux de tête. Il cause aussi des inflamma-
» tions dans le ventre, etc. Quand on mêle
» cette espèce avec la première, il en résulte
» de très-bons effets. Les résultats chimiques
» ont moins d'intensité que ceux que l'on ob-
» tient de la première espèce. »

III.e ESPÈCE. *Cinchona oblongifolia* de
» *Mutis*; quinquina rouge des Français; vul-
» gairement appelé en Espagnol, *kina de*
» *Huanuco*. Cette espèce n'est pas beaucoup
» mieux connue que la précédente : on ne
» peut douter cependant qu'elle n'appartienne
» au genre *cinchona*. Malgré les éloges que
» l'on a prodigués à ce quinquina en France,
» et les bons effets qu'il paraît qu'on en a ob-
» tenus, les médecins Espagnols instruits ne
» regardent les meilleurs échantillons du quin-
» quina rouge que comme étant d'une qualité
» très-médiocre, par rapport aux deux autres
» espèces. »

OBSERVATIONS

SUR LA NATURE ET L'IMPORTANCE DE LA SUEUR HABITUELLE DES PIEDS ;

Mémoire présenté à la Société Médicale d'Emulation de Paris, par Jacques-Frédéric-Daniel Lobstein, docteur en Médecine de la Faculté de Paris, membre de la Société Médicale d'Emulation de la même ville, médecin et accoucheur à Strasbourg.

AVANT-PROPOS.

L'accueil favorable que le public a bien voulu accorder à l'ouvrage que j'ai publié sur le phosphore (1), les conseils et les encouragemens pleins de bonté que j'ai reçus à cet égard des hommes de l'art les plus célèbres de la capitale, et notamment de MM. *Chaussier*, *Alphonse Leroy*, et de l'honorable Doyen de la Faculté de Médecine de Paris, M. *J. J. Leroux*; enfin le jugement flatteur qu'en a porté la Société Médicale d'Emulation de Paris, et

(1) Recherches et Observations sur le Phosphore; ouvrage dans lequel on fait connaître les effets extraordinaires de ce remède dans le traitement de différentes maladies internes; par *J. F. Daniel Lobstein*, docteur en Médecine de la Faculté de Paris, membre de la Société Médicale d'Emulation de la même ville, médecin et accoucheur à Strasbourg. — Strasbourg, chez *Levrault*. 1815.

qui m'a été communiqué par son secrétaire-général M. le docteur *Breschet*, tous ces motifs m'enhardissent à faire sans cesse de nouveaux efforts pour me rendre de plus en plus utile dans la carrière que j'ai entrepris de parcourir.

C'est dans cette vue que j'ai l'honneur de soumettre aujourd'hui à la Société, quelques observations sur la nature et l'importance de la sueur des pieds.

Je me suis d'autant plus volontiers occupé de cette matière, que jusqu'à présent elle n'a pas été suffisamment prise en considération; nos meilleurs ouvrages n'en parlent que très-superficiellement, et les médecins négligent le plus souvent de s'informer de cette cause dans le traitement des maladies.

Dans ce mémoire, j'examinerai d'abord la nature de la sueur habituelle des pieds, et son influence dans l'état de santé et de maladie; j'appellerai ensuite l'attention sur le danger de sa suppression subite, et j'indiquerai les moyens les plus appropriés pour la rappeler à son siège primitif. J'aborderai aussi la question de savoir si l'on peut, sans inconvénient, guérir entièrement cette incommodité, et si, dans la négative, cette même incommodité ne serait pas un motif de dispense du service militaire.

Enfin, je terminerai mon opuscule par plusieurs observations tirées de ma pratique, ou qui m'ont été communiquées par des médecins distingués, et qui serviront d'appui aux propositions que j'ai avancées.

Loin de moi la puérile vanité de vouloir paraître fréquemment sur la scène littéraire, et d'afficher les prétentions de devenir Auteur; mon but est uniquement de rassembler, dans

mes heures de loisir, mes observations-pratiques, de les méditer en les comparant, et d'en recueillir les résultats pour les soumettre à l'examen et à la censure des maîtres de l'art, afin de puiser moi-même de nouvelles lumières dans les remarques judicieuses qu'ils voudront bien me faire.

Je desire que mes efforts ne soient point indignes de leur attention, et qu'ils puissent contribuer au soulagement de l'humanité souffrante.

MÉMOIRE

SUR LA SUEUR HABITUELLE DES PIEDS.

La sueur des pieds est le résultat d'une sécrétion du système exhalant et des glandes sébacées de la peau, notamment entre les orteils, sur les côtés, sur le dos, et à la plante des pieds.

Cette sueur consiste dans une matière huileuse fort grasse qui se combine avec la vapeur humide de la transpiration au moyen de l'ammoniaque. C'est à ce dernier principe qu'il faut attribuer l'odeur fétide qui caractérise la sueur des pieds, et qu'on ne remarque point dans celle des autres parties du corps.

Il résulte des travaux de *Tromsdorf*, professeur de chimie et pharmacien à Erfurt, que la sueur des pieds est de nature ammoniacale, tandis que celle des aisselles n'est qu'une matière grasse.

Nombre d'individus sont assujettis, jusqu'à un âge fort avancé, à la sueur abondante des

pieds, sans en éprouver d'autre incommodité que l'odeur forte et désagréable qu'elle exhale, sur-tout en été, et qui les empêche souvent de paraître en société. Quelquefois, par la fatigue de la marche, il s'y joint des démangeaisons, des douleurs et des excoriations.

Cette excrétion paraît avoir la plus grande influence sur la santé, par l'habitude qu'on en a contractée. Je connais plusieurs personnes qui suent habituellement des pieds, et qui jouissent néanmoins d'une bonne santé; mais pour peu que cette transpiration se trouve arrêtée ou supprimée, elles sont en proie à divers maux plus ou moins fâcheux qui ne cessent que par le retour de la sueur.

Il est certain que beaucoup de maladies qui résistent opiniâtrement à tous les remèdes, ne doivent souvent leur origine qu'à la suppression inconsidérée de la sueur des pieds; ces maladies finissent par devenir mortelles si le médecin méconnaît cette cause. Je suis persuadé que plusieurs malades auxquels je donnais des soins, auraient succombé, si je n'avais pas eu la précaution de les interroger soigneusement sur ce point.

L'expérience paraît avoir démontré que la sueur des pieds est une affection qui peut se propager par contagion; car il suffit de porter les bas, les souliers, ou les bottes d'une personne qui y est sujette, pour gagner la même incommodité. Cette circonstance tient sans doute au principe volatil dont cette sueur est impregnée. On observe aussi quelquefois que la sueur des pieds est héréditaire, et qu'elle se propage dans la même famille dont

elle épargne rarement un membre, et si cela arrive, cet individu a des maux bien plus désagréables à supporter.

Il n'est pas rare de la voir paraître dans les mêmes circonstances. C'est ainsi que des frères et des sœurs qui, dans leur jeunesse, avaient eu beaucoup à souffrir de démangeaisons et de sérosités cutanées, virent disparaître ces accidens à l'âge adulte, où la sueur aux pieds se manifesta.

D'autres fois l'apparition de cette sueur fait cesser des affections hystériques et hypochondriaques; la santé se raffermit ensuite et se maintient tant que cette secrétion a lieu.

Rien n'est plus dangereux que la suppression subite de la sueur des pieds. Cette suppression peut être déterminée par l'effet de différentes causes, notamment par le refroidissement des extrémités inférieures, par les fatigues extraordinaires, par l'humidité, par les bains froids, les bains de rivière, ainsi que par l'application inconsidérée des substances astringentes et répercussives, telles que l'alun, les oxides de plomb, etc., etc.

Quelquefois la sueur s'arrête d'elle-même par la faiblesse de l'âge, lorsque la circulation du sang se ralentit dans les extrémités inférieures; mais ces personnes éprouvent alors ordinairement pendant la nuit une transpiration générale du corps que la nature appelle pour remplacer celle qui a cessé. Souvent il s'y joint une toux chronique avec une expectoration d'une odeur fétide. Dans ces circonstances, il est rare que la sueur reparaisse aux pieds; il survient ordinairement des accidens

d'hydropisie qui conduisent le malade au tombeau.

La sueur des pieds imprudemment arrêtée ou répercutée, peut se jeter sur différens organes, comme par exemple, sur la tête, sur le nez, sur les oreilles, sur les yeux, sur les dents et les gencives, sur le gosier, sur les poumons, sur l'estomac et le canal intestinal, et y produire des maladies sérieuses et souvent funestes. C'est ainsi qu'on a vu naître l'apoplexie, la mélancolie, la perte de la mémoire, la surdité, l'enchiffrènement, l'odontalgie, l'aphonie, la phthisie pulmonaire, la colique et la diarrhée, etc., etc. Des affections rhumatismales, l'œdème, des ulcères opiniâtres aux pieds, des fistules dentaires en sont aussi fréquemment la suite.

Le docteur *Lentin*, qui était sujet à la sueur des pieds, a commis dans sa jeunesse l'imprudence de se baigner dans un fleuve pendant un jour d'été, sans avoir eu la précaution d'essuyer ses pieds et de les rafraîchir insensiblement. On l'en retira dans un état de mort apparente, et ce ne fut que par les secours les plus prompts et les plus éclairés, qu'il fut rappelé à la vie.

Immédiatement après cet évènement, la sueur des pieds s'arrêta tout-à-coup. Bientôt il perdit sans cause déterminée et sans beaucoup de douleurs quatre dents molaires du côté droit de la mâchoire inférieure. Dès-lors il commença à se former un écoulement purulent qui sortait des gencives mises à nu par la perte de ces dents.

Le docteur *Lentin* conserva jusqu'à sa mort cette fastidieuse excrétion qui lui causa bien

des chagrins, et que l'absence de la fétidité seule pouvait lui rendre supportable.

Les pulmoniques, les hypochondriaques et les femmes hystériques doivent plus particulièrement se garder de troubler l'excrétion de la sueur des pieds.

L'observation a prouvé que sa suppression entraîne chez les premiers une plus prompte consomption des poumons, et que chez les autres les meilleurs remèdes demeurent sans effets, à moins que la sueur ne reparaisse.

La suppression de la sueur des aisselles peut déterminer des accidens analogues à ceux que nous avons indiqués pour la suppression de la sueur des pieds.

Le professeur *Starck*, de Jéna, fait mention d'une femme qui, pour ménager ses habits de soie, arrêta subitement la sueur des aisselles, à laquelle elle était sujette, mais elle paya cette imprudence par la perte de l'ouïe et de la vue.

Il s'agit maintenant d'examiner quels sont les moyens capables de rappeler la sueur aux pieds lorsqu'elle a été imprudemment supprimée. Ces moyens sont en assez grand nombre; je vais en indiquer ici les principaux. Je parle d'abord des pédiluves chauds qui sont d'une grande efficacité dans ces cas, et qui souvent suffisent seuls. Pour les rendre plus actifs, on y ajoutera de la farine de graines de moutarde ou du sel de cuisine, des cendres, de la soude, du savon, etc., etc.

J'ai souvent aussi obtenu beaucoup de succès de l'usage des bains de vapeur. Quelquefois on emploie des bains de pieds secs, qu'on compose avec des cendres chaudes ou du sable chaud mêlé

de sel de cuisine, avec de la drêche, etc. Ces bains conviennent principalement aux personnes délicates et qui ne supportent point l'humidité.

Les feuilles d'aulne et de bouleau peuvent aussi servir avantageusement pour cet effet.

Un autre moyen à recommander, c'est de faire porter au malade des chaussettes de toile cirée verte, ou de vessies de bœufs ramollies, à force d'avoir été frottées avec du son.

Les semelles de feutre, de crin, de liège, qu'on mettra dans les bottes ou les souliers, sont également très-utiles pour rappeler et pour entretenir la transpiration des pieds; on substituera aussi des bas de laine à ceux de fil ou de coton.

Ces précautions doivent sur-tout être observées par les personnes que leurs occupations obligent à s'exposer au froid et à l'humidité.

Dans quelques cas opiniâtres, l'application d'un cataplasme de raiforts ou d'un synapisme à la plante des pieds, a été du plus grand secours. J'ai aussi souvent obtenu l'effet desiré, en faisant frictionner deux fois par jour les entre-orteils avec un liniment composé de parties égales d'onguent mercuriel, et de sel volatil de corne de cerf.

On a beaucoup disserté sur la question de savoir si l'on peut se permettre de guérir la sueur des pieds : cette question mérite notre attention. Nous avons déja fait observer que la sueur habituelle aux pieds, paraît être intimement liée à la santé chez la plupart des individus qui y sont sujets, et nous avons vu quels sont les accidens fâcheux qui résultent de sa suppression; mais on pense qu'on pourrait

éviter ces accidens par une guérison lente et insensible, en ouvrant à l'humeur surabondante une autre voie de décharge, comme, par exemple, en provoquant une sueur générale, ou en la dirigeant sur les voies urinaires ou sur le canal intestinal. Dans cette vue, on administrerait les sels neutres à petite dose ; on ferait boire des eaux minérales salines, et indépendamment de ces moyens on laverait souvent les pieds avec une infusion de sauge, de feuilles de chêne, de roses rouges, de tan ou de quinquina, etc.

Je ne disconviens point que cette méthode de traitement ne puisse pas échouer dans quelques cas ; mais n'est-il pas à craindre que lorsqu'on aura cessé son usage, le mal ne reparaisse ? D'ailleurs, l'humeur pourrait fort bien aussi rentrer dans le corps ; en conséquence, je pense qu'il ne serait pas prudent de tenter la guérison de la sueur habituelle des pieds, et il vaut mieux supporter une légère infirmité que de s'exposer à des maux sérieux.

D'après tout ce qui a été dit précédemment, ne pourrait-on pas envisager la sueur habituelle des pieds, sur-tout lorsqu'elle est invétérée et qu'elle présente une odeur infecte, comme un moyen de dispense du service militaire ? En effet, les militaires sont fréquemment exposés à toute espèce de fatigue, au froid et à l'humidité.

Le cavalier, par la nature de son service, est beaucoup plus dans le cas de se refroidir les pieds, que le fantassin chez lequel l'exercice ou la marche rétablissent quelquefois la sueur quand elle s'est arrêtée.

Mais il est à craindre que les militaires

sujets à cette infirmité, soient facilement atteints d'œdématie, d'ulcères opiniâtres, d'excoriations, de rhumatismes, et autres maladies qui les retiendront dans les hôpitaux, et les rendront plutôt à charge qu'utiles à l'Etat.

J'espère que ces observations ne seront point faussement interprêtées, et qu'on ne me soupçonnera point de vouloir prêter la main aux réfractaires, en leur fournissant un nouveau moyen de se dispenser de servir la patrie. Je n'ai d'autre but que de soumettre une question importante au jugement d'une compagnie savante, pour connaître son avis à cet égard.

Je terminerai ce mémoire par quelques observations propres à faire connaître le danger qui accompagne quelquefois les métastases de la sueur des pieds.

I.re OBSERVATION. — *Asthme violent occasionné par la suppression de la sueur des pieds.*

Un homme robuste et vigoureux, de Strasbourg, sujet à une sueur habituelle et fétide des pieds, mais jouissant d'ailleurs d'une excellente santé, au point qu'il ne se rappelait pas d'avoir jamais été malade, se baigna un jour dans la rivière, sans avoir eu préalablement la précaution de sécher et d'essuyer ses pieds. A peine était-il depuis un quart-d'heure dans l'eau, qu'il fut subitement saisi d'un frisson accompagné d'une violente oppression de poitrine avec dyspnée. Rentré chez lui, il me fit appeler. Je lui trouvai la respiration extrêmement gênée, et le pouls un peu

fréquent; il se plaignait de douleurs aiguës dans la poitrine; la sueur des pieds était supprimée. Je lui prescrivis une potion diaphorétique et anodine, avec l'infusion de fleur de sureau, l'esprit de *Mendererus*, la teinture thébaïque et le sirop diacode, qu'il prit par cuillerée d'heure en heure.

Cette potion calma un peu les douleurs, et procura du sommeil; mais à son réveil le malade fut tourmenté par une toux sèche, sans expectoration, et par une dyspnée considérable.

Le second jour, je remplaçai la première potion par une autre composée d'eau de fenouil, de gomme ammoniaque, de nitre purifié et d'oximel simple, pour en prendre toutes les heures une cuillerée à bouche.

Ces remèdes soulagèrent beaucoup le malade; les douleurs dans la poitrine avaient en grande partie cessé, et l'expectoration commençait à s'établir.

Le 3.e jour, il éprouva par intervalles plusieurs accès d'asthme, avec difficulté de respirer; ses pieds étaient enflés; l'urine passait en petite quantité, et depuis deux jours il n'avait pas eu de selles.

Ces symptômes m'engagèrent à lui prescrire une potion diurétique et apéritive, composée de vinaigre scillitique saturé de sel de tartre, avec le sirop des cinq racines, et l'oximel scillitique, à prendre par cuillerée d'heure en heure.

Je fis faire en outre, quatre fois par jour, des frictions sur la poitrine, avec le camphre dissous dans l'éther sulfurique et la teinture thébaïque.

Le lendemain, ayant été appelé à la cam-

pagne pour un accouchement, je ne pus visiter le malade que le soir, et j'appris avec plaisir qu'il se trouvait beaucoup mieux; l'urine était devenue plus abondante; il avait eu plusieurs selles, et les frictions sur-tout lui semblaient faire beaucoup de bien. Je fis continuer ces mêmes remèdes; au bout de quelques jours l'enflure des pieds avait disparu, et l'asthme se trouvait considérablement diminué; cependant il reparaissait encore par intervalles, et la sueur des pieds n'était pas encore rétablie.

En conséquence, et dans l'intention de rappeler cette dernière, j'ordonnai des bains de pieds avec de la drêche, et ensuite avec des cendres et du sel de cuisine, et je fis porter au malade des bas de laine et des semelles de feutre. Bientôt les pieds commencèrent à devenir humides, et l'asthme disparut dans la même proportion que la sueur se rétablit.

Je fis faire aussi des frictions entre les orteils avec l'onguent mercuriel et le sel volatil de corne de cerf; elles contribuèrent beaucoup au retour de la sueur qui devint aussi abondante qu'auparavant; mais ce qui paraît singulier, c'est qu'elle manquait absolument d'odeur.

Je ne jugeai pas à propos d'employer des remèdes pour cette dernière circonstance, et j'abandonnai le complément de la guérison à la nature; effectivement peu de temps après, j'appris que la sueur avait repris son odeur caractéristique, et que le malade se trouvait parfaitement rétabli.

II.me Observation. — *Embarras gastrique avec anorexie, et rapports nidoreux provenant de la suppression de la sueur des pieds.*

Un habitant de cette ville, homme fort et robuste, jouissant ordinairement d'une très-bonne santé, éprouvait pendant quelques jours une perte totale d'appétit, avec oppression à l'épigastre; il avait des envies de vomir et des rapports nidoreux; sa langue était médiocrement chargée. Ces symptômes annonçant une surcharge bilieuse, je lui prescrivis un vomitif composé d'un grain de tartre stibié, avec un scrupule de poudre d'amidon, pour une dose. d'après la méthode du célèbre *Hufeland* (1). Ce remède opéra très-bien, quoiqu'il n'amena que peu de bile; les rapports étaient moins fréquens, mais d'une odeur très-fétide.

---

(1) Cette méthode d'administrer le vomitif est une des plus sûres que je connaisse; elle ne manque jamais son effet, même dans les circonstances où les vomitifs ordinaires nous refusent leur ministère. Un grain de tartre stibié produit de cette manière plus d'effet que quatre grains, sous toute autre forme. La raison de ce phénomène singulier paraît tenir à la matière glutineuse de l'amidon qui enveloppe le tartre stibié, et qui empêche ce sel de se délayer trop promptement dans les sucs gastriques, et de s'affaiblir; elle lui permet, au contraire, de se fixer sur une place quelconque de l'estomac, et d'y exercer une irritation locale et concentrée qui fait plus d'effet que si cette même irritation était repartie sur toute la surface de ce viscère.

Je lui prescrivis ensuite des poudres composées de rhubarbe, de crême de tartre et de semences de fenouil, et une tisane amère. Ces remèdes ne produisirent aucun changement à son état; le défaut d'appétit, le mauvais goût de la bouche, les renvois subsistaient toujours. L'opiniâtreté de ce cas me fit redoubler d'attention : je conçus alors le soupçon que l'absence d'une évaporation cutanée habituelle pouvait jouer un grand rôle dans cette maladie. Mes sonpçons se confirmèrent par les aveux du malade, qui m'informa que pendant deux années consécutives il avait constamment éprouvé une forte sueur aux pieds, accompagnée d'une odeur désagréable; que cette sueur avait sensiblement diminuée depuis six mois, et que depuis peu elle avait totalement disparue.

Je lui fis aussitôt prendre des bains de pieds chauds, dans lesquels je fis mettre de la farine de graines de moutarde et du savon; je lui fis porter aussi des semelles de feutre et des bas de laine. Vers le quatrième ou le cinquième jour, la sueur commença à reparaître; il prit encore quelques bains de pieds, et au bout de six jours la sueur était aussi abondante que jamais; l'appétit était rétabli; les rapports nidoreux devenaient plus rares, et bientôt après la sueur reprit son odeur désagréable : à mesure que celle-ci augmentait, le mauvais goût de la bouche diminuait.

Le malade recouvra eu peu de temps sa santé.

III.me Observation. — *Phthisie pulmonaire déterminée par la métastase de la sueur des pieds sur les poumons.*

Dans le cas dont il s'agit, et qui m'a été communiqué par M. *Fodéré*, professeur de la Faculté de Médecine de Strasbourg, l'on n'a pas été aussi heureux que dans l'observation précédente, parce que la métastase a été méconnue; ce cas prouve toutefois le danger de la suppression de la sueur des pieds, et de son transport sur les organes contenus dans la poitrine.

Une demoiselle de Marseille, âgée de dix-sept ans, qui avait toujours joui de la meilleure santé, et qui était bien réglée, issue d'ailleurs de parens sains, éprouva tout-à-coup, et sans raison apparente, tous les symptômes de la phthisie pulmonaire : douleur de poitrine, toux, difficulté de respirer, céphalalgie, fièvre hectique avec deux redoublemens par jour; au second mois, l'écoulement périodique se supprima, et la malade périt à la fin du quatrième mois de l'invasion de la maladie, sans que ses crachats eussent jamais été purulens, et sans avoir obtenu aucun soulagement marqué de tous les moyens qu'on mit en usage pour sa guérison.

Quinze jours seulement avant sa mort, elle déclara qu'elle croyait devoir sa maladie à la suppression de la sueur des pieds : cette sueur était en effet habituelle chez elle, et l'obligeait à changer de chaussure plusieurs fois par jour; or, un dimanche que cette demoiselle devait aller avec ses compagnes à une partie de plaisir qui devait occuper toute la journée, et ne

pas lui permettre de revenir chez elle pour changer sa chaussure, elle s'avisa de tremper ses pieds pendant une demi-heure dans de l'eau de puits très-froide ; la sueur se supprima effectivement dès lors, et ne reparut plus, quelques efforts que la malade fît lorsqu'elle se trouva seule, pour la rappeler.

Comme cette jeune personne avait un frère médecin, à qui elle était extrêmement chère, celui-ci la fit ouvrir après sa mort : on ne trouva dans les poumons ni tubercules, ni suppuration ; mais ces organes étaient entièrement hépatisés, c'est-à-dire, injectés dans toute leur substance, d'un sang noir.

Il résulterait delà qu'il s'est fait un *raptus sanguinis* vers ces organes, lors de la suppression imprudente de la sueur des pieds.

IV.me OBSERVATION. — *Céphalalgie violente occasionnée par la suppression inconsidérée de la sueur des pieds.*

C'est à M. le docteur *Lambert*, médecin cantonnal à Haguenau, que je suis redevable de cette observation intéressante dont il fait lui-même le sujet.

Je vais laisser parler l'auteur.

« Dans ma jeunesse, dit M. *Lambert*, à
» l'âge de huit à dix ans, j'ai été sujet à une
» transpiration très-abondante aux pieds, de
» sorte que le moindre mouvement de pro-
» gression un peu prolongé m'occasionnait des
» excoriations entre les orteils ; cette excrétion
» devenait fatigante pour moi, et insuppor-
» table par son odeur pour ceux qui m'envi-
» ronnaient ; on fit l'impossible pour m'en

» débarrasser, et à la fin on réussit en em-
» ployant les bains de pieds froids.

» A peine avait-on atteint ce but, que je
» fus tourmenté par des coliques très-fortes qui
» alternaient avec des douleurs vagues fixées
» plus ou moins long-temps sur telle ou telle
» partie du corps.

» Parvenu à l'âge de quinze à seize ans,
» une autre maladie bien plus violente s'em-
» para de moi. Tous les jours, vers le soir, je
» sentais une migraine insupportable, qui tan-
» tôt occupait le côté droit, et tantôt le côté
» gauche; si le temps était froid et humide,
» elle se manifestait dès le matin; en me le-
» vant, je ne me sentais aucune indisposition.

» Des hommes de l'art que je consultai, les
» uns crurent que ce ne pouvait être qu'une
» congestion de sang vers la tête qui m'occa-
» sionnait tant de douleurs; en effet, j'avais
» toujours la face très-colorée, j'étais assez
» pléthorique; mais les hémorragies fréquen-
» tes et abondantes auxquelles j'étais sujet,
» ont prouvé le contraire. Aussi les remèdes
» que l'on a employés ne m'ont-ils aucune-
» ment soulagé.

» Les autres attribuaient mes douleurs à une
» humeur arthritique; et ce qui paraissait con-
» firmer leur opinion, c'était que des coliques
» et des douleurs vagues très-vives m'avaient
» tourmenté étant plus jeune. On a donc em-
» ployé successivement, et avec beaucoup de
» circonspection, tout ce qui a été préconisé
» dans de pareils cas, mais sans le moindre
» succès. Des bains de pieds irritans pris de
» temps en temps, ont été les seuls moyens
» qui m'aient procuré quelque soulagement.

» Enfin, j'ai traîné une vie plus qu'en-
» nuyeuse jusqu'à l'âge de 28 ans, époque à
» laquelle j'ai été atteint pendant quinze jours
» d'une céphalalgie très-violente à la suite
» d'une fièvre nerveuse. Cette céphalalgie
» consistait en une douleur vive et lancinante
» qui occupait précisément le sommet de la
» tête. J'avais peu de fièvre. Le pouls res-
» tait continuellement petit et serré ; et si
» à l'aide d'une petite dose de laudanum,
» je m'endormais, j'avais des tiraillemens et
» j'étais réveillé par des rêves effrayans ; la
» respiration était libre, la soif peu considé-
» rable, et la peau moite.

» M. *Mehl*, chirurgien-major de l'hôpital,
» qui m'a traité dans cette dernière maladie,
» m'a prescrit des remèdes toniques, nervins,
» des lavemens et des bains de pieds irritans,
» un vésicatoire large à la nuque, etc., etc.

» Enfin, le quinzième jour de ma maladie,
» mon ancienne, mais très-gênante transpi-
» ration des pieds, à la suppression de la-
» quelle je n'aurais jamais cru devoir attribuer
» tous les maux que j'ai endurés, s'est rétablie,
» et jusqu'à ce jour je jouis de la meilleure
» santé possible. »

OBSERVATION

SUR UNE PARALYSIE INCOMPLÈTE DE LA BOUCHE ET DE LA GORGE, SURVENUE A LA SUITE D'UNE PLAIE PÉNÉTRANTE DU CRANE;

Par M. le Baron Larrey.

Pendant la campagne de Moscow, le nommé *Barbin*, grenadier à pied de l'ex-garde, reçut un coup de lance des mains d'un Cosaque, à la partie postérieure de la tête; à-peu-près dans le point de réunion de l'angle postérieur et supérieur du pariétal gauche, à l'os occipital. Le fer de la lance était d'une si bonne trempe, que sa pointe traversa l'épaisseur de l'os sans produire de fracas, pénétra dans le crâne, lésa le lobe postérieur et gauche du cerveau, et s'enfonça profondément dans sa substance. Le blessé avait été laissé pour mort sur le terrain; cependant il fut relevé quelques heures après, et transporté dans la ville voisine. Ses facultés sensitives furent long-temps suspendues.

La plaie fut pansée, et elle parcourut ses périodes jusqu'à la guérison, sans nul accident notable; la cicatrice en est restée enfoncée, et il existe au point correspondant de l'os une déperdition de substance d'environ quatre centimètres dans sa longueur, et d'un centimètre dans sa profondeur. Maintenant l'individu n'éprouve dans cette partie aucune douleur, et ses facultés intellectuelles ne paraissent pas être dérangées. Mais il est évident que cette

blessure a porté atteinte aux fonctions des nerfs de la moëlle alongée (ou vertébrale), telles que le glosso-pharyngien, la paire vague, l'hypoglosse, les sous-occipitaux et les spinaux.

D'abord, la voix après avoir été rauque et obscure, a disparu par degrés, de manière que *Barbin* est tombé dans une aphonie complète. La déglutition se fait difficilement. Le goût et l'odorat sont affaiblis. Les muscles extrinsèques et intrinsèques du larynx sont en partie frappés de paralysie, au point que cet organe est éloigné de sa position naturelle d'environ deux centimètres; en sorte que par cet abaissement contre-nature, les bords de la glotte sont rétrécis, l'épiglotte recourbée sur cette ouverture, par le tiraillement qu'éprouvent les muscles ariténo-épiglotiques. Aussi, pour respirer étant debout, ce sujet est-il obligé de serrer fortement, et à chaque instant, les mâchoires, à l'effet de ramener le larynx en haut par une contraction simultanée de ses muscles releveurs et de ceux de la mâchoire, à l'instar des grenouilles; comme elles (1), *Barbin* périrait sans doute, si on tenait pendant quelque-temps ses mâchoires écartées (2).

Le diaphragme participant sans doute à la paralysie, peut être considéré à-peu-près comme nul, relativement aux fonctions du poumon et du larynx, ainsi que cela s'observe

(1) *Voyez* le Dictionnaire d'Histoire Naturelle de *Sonnini*, tome 10, page 130.

(2) Cette expérience a été faite sur *Barbin*, au sein de la Société Philomatique.

chez les grenouilles. On sait que cette cloison musculeuse manque chez ces animaux. Quelques personnes ont observé que la fermeture de la bouche des Batraciens remplit les fonctions du diaphragme.

Le pharynx, l'œsophage et l'estomac participent aussi à cette paralysie incomplète, car la déglutition est pénible, et l'émétique administré à des doses plus ou moins fortes n'a aucun effet sur l'estomac. Depuis son accident, on n'a jamais pu obtenir chez ce grenadier le moindre vomissement.

Le bas-ventre n'offre presque pas les mouvemens alternatifs d'affaissement et de développement isochrônes à la respiration, que l'on remarque chez tous les sujets; et lorsqu'on soumet l'individu aux plus légères expériences, il éprouve une très-grande gêne et semble s'asphyxier; son visage se décolore, son corps se couvre de sueur; le froid qu'il éprouve habituellement aux extrémités augmente; les mouvemens du cœur sont très-lents, à peine sensibles, et le pouls presque nul. Lorsqu'il est couché, *Barbin* respire mieux et se trouve plus à son aise.

La digestion est lente, pénible; il est obligé de manger peu, souvent, et de ne faire usage que d'alimens légers; il est très-maigre et menacé de marasme.

Tels sont, en général, les phénomènes qui ont accompagné cette blessure remarquable.

OBSERVATION

SUR UNE AFFECTION QUI SIMULAIT LA GROSSESSE;

Par M. CLAUDON, D.-M.-P.

MADAME S., femme d'un chef de bureau du ministère de la marine, âgée de 47 ans, d'une forte constitution, d'une haute stature, a toujours été parfaitement réglée. Mariée à quinze ans, elle eut quatre couches très-heureuses (la première à seize ans, la dernière à vingt-sept), et cinq fausses-couches à différens temps de la gestation, depuis vingt-sept ans jusqu'à quarante-deux. A quarante-six ans, ses menstrues, qui jusqu'alors avaient constamment lieu les premiers jours de chaque mois, ne parurent pas dans le courant de septembre 1814. Madame S. éprouva peu après tous les signes rationnels de la grossesse. A trois mois, je la touchai sans pouvoir lui affirmer qu'elle était enceinte. Quatre mois après la suppression des règles, son ventre avait acquis le développement qu'il présente à cette époque de la gestation. Madame S. eut alors tous les symptômes avant-coureurs de l'avortement. Douleurs partant des lombes, se propageant jusqu'au-dessous de l'ombilic, et venant aboutir à l'anus; écoulement sanguinolent par la vulve, etc. Je lui prescrivis le repos absolu, la position horizontale, une boisson adoucissante, et je lui fis une saignée, indiquée par la dureté du pouls, la rougeur du visage, et la pesanteur de tête.

Ces moyens rétablirent promptement sa santé. A quatre mois et demi, elle sentit très-distinctement les mouvemens de l'enfant. A sept mois ces mouvemens n'ayant plus lieu depuis quelques jours, et desirant, pour des raisons particulières, s'assurer si elle était réellement enceinte, je pratiquai le toucher, qui me fournit les résultats suivans : l'abdomen était au moins aussi volumineux qu'il l'est ordinairement à cette époque de la grossesse; en outre il était tendu, sensible à la pression, et la partie supérieure d'une masse oblongue que je pris pour le fond de la matrice, dépassait l'ombilic d'un pouce et demi à-peu-près. Le doigt introduit dans le vagin, je trouvai le col de l'utérus, et ce dernier organe lui-même (dont je pouvais toucher une partie de la face postérieure), dans l'état naturel. D'après cela, j'affirmai à madame *S.* qu'elle n'était pas enceinte, sans pouvoir toutefois lui rendre raison de l'augmentation contre-nature du volume de son ventre.

Le surlendemain du toucher, des mouvemens analogues à ceux produits par la présence du fœtus, se manifestèrent de nouveau, ce qui confirma madame *S.* dans l'idée qu'elle était grosse, malgré l'assurance que je lui avais donnée du contraire. J'avoue qu'alors pour peu que l'abdomen eût été inégalement développé, j'aurais cru à l'existence d'une grossesse extra-utérine.

A huit mois et demi, la sensation des mouvemens était plus forte qu'elle n'avait jamais été; les seins, très-volumineux, laissaient suinter une humeur lactescente. Cinq jours après, madame *S.* éprouva des douleurs de reins très-fortes, et eut une bien légère perte. (Il ne me fut pas possible de la toucher.) J'eus recours aux moyens

que j'avais employés quatre mois et demi auparavant. Le lendemain et le surlendemain de la saignée, plus de douleur; seulement le linge était toujours un peu taché en rouge. Le 3.e jour, à neuf heures du matin, madame *S.* vint me trouver, en m'annonçant, les larmes aux yeux, *qu'elle était accouchée sans faire d'enfans*, ce sont ces propres expressions. En effet, ses mamelles étaient affaissées; son ventre diminué presque subitement de plus de moitié, était très-flasque, et tout cela sans qu'il survint de pertes de sang, d'évacuations alvines, d'excrétions d'urine ou sueurs, sans issue de vents ni d'eau de la matrice. Depuis ce temps cette dame se porte à merveille; elle n'éprouve qu'une légère pression dans la région épigastrique. Ses règles ont reparu le 15 juin, le 14 juillet et le 17 août, et ont coulé comme avant la suppression.

Réflexions. Cette observation nous démontre, jusqu'à l'évidence, que des deux signes admis par tous les accoucheurs, comme caractéristiques de la grossesse, je veux dire les mouvemens actifs et passifs du fœtus, il n'y a réellement que le dernier qu'on soit autorisé à qualifier de ce nom, que le toucher est le seul moyen de s'assurer de la présence dans la matrice, du produit de la conception.

Maintenant on doit se demander quelle était la cause de ce développement contre-nature de l'abdomen? Je laisse la solution de cette question à des praticiens plus éclairés que moi.

De l'Imprimerie de MIGNERET, Imprimeur du Journal de Médecine, rue du Dragon, F. S. G., N.° 20.

BULLETIN

DE

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Rédigé par M. BRESCHET, Secrétaire-général de cette Société (1).

N.° XI. — NOVEMBRE 1815.

MÉMOIRE

SUR UN EMPOISONNEMENT PAR L'OPIUM ;

Par M. Edouard Petit, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin des épidémies pour la Sous-Préfecture de Corbeil, médecin de l'hospice civil et militaire, correspondant de la Société de la Faculté, de la Société Médicale d'Emulation, etc.; et par M. P. H. Petit, apothicaire à Corbeil.

§. I.er Souvent on ne reconnaît pas les rapports qui peuvent exister entre les symptômes

(1) C'est chez ce médecin, (rue de la Jussienne, N.° 17), qu'on doit adresser, *francs de port*, les mémoires imprimés ou manuscrits, les observations et tous les ouvrages de médecine qu'on desirera présenter à la Société, ou faire insérer dans son Bulletin.

qu'une substance vénéneuse détermine, et les lésions de tissu qu'elle occasionne; l'on peut quelquefois trouver une de ces substances sur les organes d'un cadavre, sans que l'on ait soupçonné sa présence dans l'homme vivant, et malgré la facilité des expériences sur les animaux vivans, on ne peut jamais dire avec certitude : telle lésion est évidemment produite par un poison, à moins qu'on ne le rencontre sur l'organe altéré; moyen de preuve qui rentre dans le domaine de la chimie. Cette science considérée comme branche de la médecine-légale, peut, avec facilité, faire de rapides progrès. On peut, en effet, imiter parfaitement tout ce qui se passe dans les empoisonnemens humains; mais, susceptible d'arriver à un très-haut degré de perfectionnement en ce qui regarde les poisons minéraux, approchera-t-elle jamais du but lorsqu'il s'agira des poisons végétaux?

En publiant le fait et les expériences suivantes, nous croyons offrir des matériaux utiles.

§. II. M. *C.****, âgé de 38 ans, peintre en miniature, avait étudié la pharmacie; il se présenta le 19 juin 1814, dans une auberge où il s'arrêtait quelquefois : il arriva tard, dit qu'il avait manqué la voiture, qu'il était fatigué, demanda à se coucher et à boire de la limonade. L'aubergiste remarqua qu'il était moins soigné dans sa mise, et lui porta, lorsqu'il fut couché, un verre de limonade; il parut très-souffrant, mais il refusa d'appeler un médecin. Il demanda à une fille de lui procurer du vitriol blanc, ce qu'elle ne put faire. Une personne de sa connaissance le vit un instant,

on n'a pu savoir si c'était par elle qu'il s'en était procuré, mais il paraît certain qu'il en a usé.

Vers quatre heures du matin, un domestique ayant entendu du mouvement dans la chambre du malade, fut pour savoir s'il avait besoin de quelque chose; mais l'ayant trouvé sans connaissance, il éveilla ses maîtres qui envoyèrent chercher M. *Edouard Petit*. Il le vit à six heures du matin, présentant les symptômes suivans : face pâle, traits à-peu-près naturels, paupières fermées, yeux fixes et tournés en haut, respiration plaintive, palpitations très-remarquables, assez régulières; chaleur de la peau; pouls fréquent, régulier. Il conseilla de chercher à ingérer quelques cuillerées de la potion suivante, mais cela fut impossible.

℞ *Aquæ menthæ pip.*
Cinnamomi.
Flor. arantior.
Sirupi de limonibus. ana ℥ j;
Ætheris sulphurici. . ʒ b.;
Moschi. . . . . grana vj.

M. S. A.

Il appliqua des vésicatoires aux jambes. Quatre heures après il trouva la respiration courte, suspirieuse, les traits plus affaissés, la peau froide; la mort suivit de près.

Pendant son absence on a découvert dans la chambre du malade un canif à plusieurs lames, dont une était chargée d'un extrait végétal qui lui parut être l'extrait d'opium; on en re-

30..

cueillit environ un décigramme. On trouva encore un morceau de papier bruni qui avait une odeur vineuse, et paraissait avoir servi à envelopper une substance semblable; et un verre qui était sur la cheminée, à demi-rempli d'un vin trouble qui paraissait tenir un corps étranger en solution.

Les Magistrats instruits de cette mort violente, ordonnèrent l'ouverture du corps, quoiqu'ils eussent trouvés sous l'oreiller du défunt une lettre qui instruisait de la résolution qu'il avait prise de se détruire. M. *E. Petit* fut chargé de cette inspection, et nous y procédâmes ensemble.

§. III. Arrivés dans la chambre du malade, nous recueillîmes, 1.° le canif couvert de la matière extractive; 2.° le papier qui en contenait encore une petite portion; 3.° nous mîmes dans une phiole le reste du vin contenu dans le verre, et nous l'avons bouchée, cachetée et étiquetée N.° 1.

§. IV. L'examen du cadavre nous a présenté les objets suivans; extérieur : traits de la face naturels, embonpoint ordinaire; écoulement par la bouche d'un liquide écumeux et brun; peau du cou, des parties supérieures et latérales du tronc, ecchymosée; très-légères vésicules au vésicatoire gauche.

Ventre. Lors de la section, exhalaison d'une odeur vineuse, rouge foncé des chairs, légère rougeur de quelques points des intestins grêles, face inférieure du foie d'un vert noir dans une grande étendue; rien autre chose de remarquable à l'extérieur des viscères. Grande quantité d'air contenu dans l'estomac, odeur d'opium très-remarquable. Nous avons recueilli

cent vingt-huit grammes (quatre onces) environ, d'un liquide brunâtre qui a été mis dans une phiole bouchée, cachetee et numérotée 2. La face interne de ce viscère était recouverte d'une espèce de couche muqueuse, brunâtre; elle était phlogosée en divers points de son étendue, et inégalement, mais d'une manière plus marquée à sa partie supérieure. La membrane muqueuse intestinale était dans le même état; il semblait qu'elle était affectée d'un catarrhe chronique. L'intestin grêle ne contenait que des gaz, et le gros intestin que peu de matières fécales; la face interne de ce dernier était très-pâle, et le gaz qui s'en échappait avait une odeur vineuse.

Poitrine. Légères et anciennes adhérences du côté gauche; les poumons étaient gorgés de sang; le cœur paraissait flasque, et les deux ventricules contenaient également du sang en caillots; l'écume trouvée dans le larynx était brunâtre; l'œsophage était intact; sa face interne, ainsi que l'intérieur de la bouche, avait une teinte pâle.

Tête. Vaisseaux du cuir chevelu, sinus et vaisseaux de tout le cerveau gorgés de sang; la masse cérébrale était volumineuse; les ventricules contenaient à peine de la sérosité.

§. V. D'après cet examen et la lettre du défunt, M. *Edouard Petit* crut devoir faire de suite la déclaration suivante, qui fut annexée au procès-verbal du Maire : « Que vû les symptômes » remarqués à deux fois le jour d'hier, et vû » l'autopsie cadavérique faite aujourd'hui, il » estimait que cet homme avait succombé par » l'effet d'un poison narcotique qu'il présu- » mait être l'opium; » et pour avoir par devers nous plus de certitude sur la cause de cet évè-

nement, M. *P. H. Petit*, pharmacien, exécuta les analyses, et nous fîmes les expériences suivantes :

§. VI. Analyse du liquide trouvé dans un verre dans la chambre du malade, et mis dans une phiole étiquetée N.º 1.

Ce liquide filtré était transparent, d'un rouge vif ; il pesait six gros, offrait un très-léger précipité brun sur le filtre en trop petite quantité pour être soumis à aucun essai, avait une odeur vineuse et une saveur stiptique.

Les réactifs suivans ont donné pour résultat :

a. L'eau de baryte et le muriate de baryte : un liquide moins coloré, et un précipité d'un blanc-rose abondant.

b. L'hydro-sulfure de potasse : un liquide presque décoloré, un précipité de couleur d'ardoise.

c. L'ammoniaque liquide : un liquide jaunâtre avec pellicule irisée à sa surface ; précipité abondant caillebotté, couleur lie-de-vin : ce précipité se dissout par un excès d'ammoniaque.

d. Le carbonate de potasse : un liquide prenant une légère teinte violette; pellicule irisée à sa surface ; précipité abondant caillebotté, d'un noir violet.

e. Le prussiate de potasse : un précipité caillebotté abondant, quelques apparences de fer.

Ces réactifs démontrant la présence d'un sulfate présumé être celui de zinc, à cause de la solubilité du précipité par l'ammoniaque dans un excès de cet alcali. M. *P. H. Petit* traita quatre gros de cette liqueur par la potasse

pure; il *repura* le précipité qu'il lava et fit sécher; il le mêla avec du charbon en poudre qui, introduit dans un tube de verre soudé par un bout, exposé sur les charbons ardens, lui fit obtenir une particule métallique qui nous parut être du zinc.

§. VII. Analyse du liquide trouvé dans l'estomac, qui avait été mis dans une phiole étiquetée et portant N.° 2.

Ce liquide était d'un gris fauve, trouble, floconneux, contenant des parcelles de pois verts en suspension, pesant onze decagrammes deux grammes, d'une odeur nauséeuse, fetide, très-analogue à celle de l'opium brut.

1.° Essai des réactifs sur ce liquide filtré.

a. Papier tournesol : il rougit.

b. Curcuma : passe au jaune serin.

c. Infusion de violettes : devient rouge.

d. Le papier tournesol rougi par un acide, n'a éprouvé aucun changement.

e. Eau et muriate de baryte légèrement troublée.

f. Eau de chaux : précipité blanc.

g. Alcool : précipité d'un blanc sale, floconneux, abondant.

h. Ammoniaque : léger nuage blanchâtre.

i. Carbonate de potasse : la liqueur le fonce en couleur.

k. Sulfate de cuivre : précipité d'un vert bleuâtre.

l. Hydro-sulfure de potasse : précipité blanc.

m. Prussiate de potasse : nul changement.

n. Acétate de plomb : précipité blanc soluble dans l'acide nitrique.

o. Acide sulfurique : léger trouble dans le liquide, dégagement d'acide acétique.

p. Acide sulfureux : précipité jaunâtre qui, au bout de six heures, se fonce en couleur.

q. Acide nitrique : précipité blanc-jaunâtre.

r. Acide muriatique : même précipité.

s. Une goutte mise sur une lame d'argent exposée au soleil y a laissé une substance gélatineuse très-élastique, qui, frottée sur cette lame, n'y a déterminé aucun changement.

t. Une lame de cuivre a été oxidée en vert.

Ces essais démontrent la présence des acides acétiques et carboniques ; ces réactifs furent employés dans l'intention de s'assurer si ces liquides ne contenaient pas d'autres substances vénéneuses que l'opium.

2.° Trente-deux grammes (une once) de cette liqueur filtrée, ont laissé sur le filtre deux décigrammes cinq centigrammes d'une matière grise, qui a brûlé à la manière des substances animales.

b. Mise à évaporer dans une capsule au bain de sable, il s'est dégagé une odeur acide fétide à travers laquelle on distinguait parfaitement celle de l'opium ; elle s'est troublée en se concentrant, et a pris la consistance d'une gelée demi-transparente, d'un brun-clair, pesant deux grammes.

c. Des deux grammes de matière gélatiniforme traités par l'alcohol, jusqu'à ce que l'alcohol en sortit incolore, il est resté six grammes trois décigrammes d'une matière tenace qui se crispait par une nouvelle quantité d'alcohol.

d. Une petite quantité mise sur un charbon ardent, a répandu l'odeur de la corne brûlée, puis celle de mie de pain.

e. Elle s'est dissoute dans l'eau distillée qui

a pris l'apparence laiteuse et avait une odeur fétide.

f. Les solutions alcoholiques réunies avaient une couleur ambrée foncée, odeur d'opium, cependant un peu moins nauséabonde; saveur salée amère.

g. Mise à évaporer, a conservé sa transparence; il s'est formé à la surface des petits crystaux en étoile.

h. Evaporée en consistance d'extrait, il attirait l'humidité de l'air, et avait une odeur d'opium moins marquée.

i. Cet extrait s'est dissous dans l'eau distillée, à l'exception de cinq centigrammes d'une matière brunâtre; cette solution rougissait le papier tournesol, et précipitait par le nitrate d'argent.

k. Mise à évaporer, j'ai enlevé avec soin les petits cristaux qui se formaient à la surface du liquide. Ces cristaux réunis pesaient quinze centigrammes.

Une goutte d'acide sulfurique versée dessus a dégagé l'odeur de l'acide muriatique.

l. Le liquide évaporé en consistance d'extrait pesait un gramme.

§. VIII. Par ces moyens, nous pensons avoir obtenu la preuve de la présence :

1.° D'un acide indiqué par l'odeur produite pendant l'évaporation, et l'essai des différens réactifs.

2.° D'une matière animale mêlée de mucilage; matière que l'odeur résultante de sa combustion, et la nature de son charbon, difficile à incinérer, indiquaient.

3.° D'un muriate que nous présumons être celui de soude, par la déliquescence du sel

obtenu, par l'odeur d'acide muriatique que l'addition d'acide sulfurique a dégagé, et par le précipité du nitrate d'argent.

4.° D'un extrait que nous croyons être celui d'opium, d'après l'odeur des évaporations et sa saveur amère, ayant opéré cette dernière analyse sur trente-deux grammes de liquide, un peu moins du quart de la totalité de la liqueur recueillie, ce qui n'était pas tout ce qui était contenu dans l'estomac : on peut calculer approximativement que ce malade a avalé au moins quatre grammes (un gros) de cet extrait végétal.

§. IX. Usage de l'extrait obtenu par la concentration de la matière contenue dans l'estomac.

1.° Un cabiai âgé de dix jours, ayant jeûné dix heures, avala de force quinze centigrammes de l'extrait délayé dans quatre grammes d'eau distillée ; aussitôt l'ingestion, roideur des membres de devant, convulsions générales, mort en trois minutes : la chaleur s'est conservée une heure dix minutes. Il faut noter que pour forcer l'animal à avaler le liquide, il a fallu lui serrer le nez à plusieurs reprises. L'examen du cadavre, fait trente-six heures après la mort, nous avons trouvé les poumons rouge-vermeils, et contenant peu de sang ; le cœur coloré, le ventricule gauche contracté, les oreillettes noires, l'estomac se laissait facilement déchirer, les chairs étaient d'un rouge assez foncé, le sang encore liquide.

2.° Un autre cabiai, un peu plus vif que le précédent, qui venait de teter et de manger, a été forcé d'avaler un centigramme de l'extrait dissous dans quatre grammes d'eau distillée ; mais ayant pris les précautions pour ne pas

lui serrer le nez, il n'a avalé que le quart environ de cette solution, le reste a été perdu. Après dix minutes il a éprouvé des tremblemens de tout le corps, puis il est resté tranquille. Après vingt minutes, il ne parut plus rien éprouver; trois heures après il fut rendu à sa mère.

Il est de nouveau soumis à l'expérience; étant resté deux heures en repos, il avale deux centigrammes de l'extrait; dix minutes après, roideur des membres de devant, puis de ceux de derrière; difficulté de marcher ensuite (une heure et demie après); il laisse tomber sa tête, se plaint, et la relève subitement. Le soir, il paraît un peu plus vif; il est remis auprès de sa mère. Le lendemain matin, il a été trouvé mort, roide et enflé. L'ayant posé un instant sur le seuil de la porte, nous n'avons pu retrouver son corps.

La différence d'action de la même substance sur ces deux sujets, s'explique facilement par la situation dans laquelle ils se trouvaient; l'un était à jeûn, et l'autre avait mangé. Chez l'un d'eux on ingéra environ quinze centigrammes d'extrait; chez l'autre on ne lui fit prendre que cinq centigrammes d'abord, puis les dix autres centigrammes cinq heures après; aussi la mort fut-elle plus lente.

§. X. Nous ne pûmes recueillir autour du canif et du papier bruni, que cinq centigrammes d'un extrait qui avait l'odeur, la saveur et la consistance de l'extrait d'opium; nous les délayâmes dans quatre grammes d'eau distillée, et les fîmes avaler à un cabiai très-vif âgé de sept jours. Une heure après avoir avalé cette substance, il ne courut plus; deux heures

après il tomba sur le derrière; l'œil gauche pleura, fut moins ouvert, et parut paralysé; quatre heures après, horripilation; il tomba fréquemment, il ne mangea pas, ne teta plus. Six heures après, il fut engourdi. Le lendemain matin, nous le trouvâmes mort. Aucuns signes d'altération dans aucuns organes; sang liquide et noirâtre.

§. XI. Quelque ingénieuses que soient les passions pour se procurer des ressources, lorsqu'on est témoin de malheureux évènemens semblables à celui dont nous venons de relater les circonstances, on regrette que la police pharmaceutique ne soit pas plus vigoureuse et plus active, et que sous le nom de droguistes, une infinité d'ignorans débitent des médicamens dont ils ne connaissent pas les propriétés; il serait aussi très-important que les apothicaires, bien convaincus des devoirs de leur profession, ne vendissent pas des médicamens énergiques sans l'ordonnance des médecins; car, sans cette sage précaution, ils peuvent à chaque instant, être la cause involontaire d'accidens fâcheux; j'en vis, il y a peu de temps, un exemple.

Un officier anglais ayant résolu de se détruire, fit acheter soixante-quatre grammes (deux onces) de laudanum liquide, sous le prétexte que c'était pour son cheval; on lui livra ce médicament qu'il avala, mais il venait de prendre du café au lait, et peu d'instans après, il vomit beaucoup. Il resta quelques heures dans un état de stupeur, suivi de quelque temps d'un état sombre, inquiet avec le retour, d'accès de tendance au suicide : cependant il fut mieux; emmené à Paris par un médecin, son

compatriote, il fut ensuite renvoyé en Angleterre. Ainsi cet officier, qui, par calcul approximatif, aurait avalé quatre grammes d'extrait d'opium, préparés, à la vérité, d'une autre manière que celui pris par M. *C.****, a cependant résisté à une dose aussi forte que celle qui a tué ce premier. La nature de la préparation du même médicament, la différence de la position de ces individus, ont été la cause des résultats divers.

Nous pensons que de ces faits et de ces expériences, l'on ne peut rien préjuger de l'action du sulfate de zinc, que peut-être le malade a pris dans l'intention de détruire l'effet de l'opium, parce qu'il a peut-être avalé cette substance lorsque la sensibilité et la contractilité de l'estomac étaient déja abolies, et nous regardons comme certain que M. *C.**** s'est empoisonné avec l'extrait d'opium pris à forte dose, qui n'a produit d'autre lésion de tissu que celle qui peut résulter d'une phlegmasie de la membrane muqueuse de l'estomac.

§. XII. Nous terminons ce mémoire en indiquant une propriété de l'opium, que M. *Edouard Petit*, l'un de nous, croit avoir reconnu comme n'ayant pas encore été observée. Plusieurs fois chez des malades et sur lui-même, il a trouvé le lendemain de l'administration de ce médicament comme calmant, que la langue était plus épaisse, constamment recouverte d'un enduit muqueux, jaune, épais; que la bouche était amère et pâteuse. Les Auteurs qui ont écrit sur la matière médicale et sur la pathologie, n'ont pas parlé de cet embarras gastrique accidentel; et quoiqu'ils aient signalé l'opium comme dan-

gereux dans les fièvres méningo-gastriques, ce n'est qu'en considérant ses propriétés calmantes et sédatives, et non pas parce qu'ils avaient observé que lui seul pouvait déterminer la *gastricité*. Nous recommandons cette observation, que nous croyons juste et importante, à la méditation des praticiens.

RAPPORT

FAIT A LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'EMULATION, PAR MM. *BRESCHET*, *VASSAL* ET *CHAPOTIN*, SUR UN MÉMOIRE DE M. LE DOCTEUR *TROCCON*, AYANT POUR TITRE :

Du Sclérème, ou Endurcissement du tissu cellulaire chez les nouveaux-nés.

LE sujet du mémoire de M. *Troccon* est des plus intéressans, puisqu'il traite d'une maladie encore peu connue, malgré les travaux de plusieurs médecins distingués; mais aussi combien de difficultés viennent s'opposer à l'exactitude des recherches du praticien appelé à soigner des êtres si faibles et si délicats, dont on ne peut tirer aucuns renseignemens, et chez lesquels les affections aiguës marchent avec une telle rapidité, qu'on n'en aperçoit souvent le développement qu'au moment où il est trop tard pour y remédier : nous ne pouvons donc trop louer et encourager le zèle des praticiens qui donnent toute leur attention aux recherches nécessaires pour bien distinguer les affections variées auxquelles sont exposés les enfans dès qu'ils sont au monde; et s'ils n'atteignent pas toujours le but, ils n'en méritent

pas moins nos éloges ; et les efforts qu'ils font pour y parvenir tournent toujours au profit de la science.

Telle est la pensée que nous a inspirée le mémoire de M. *Troccon ;* il débute dans la carrière médicale par l'étude d'une des maladies les moins connues de l'enfance, et sur laquelle les Auteurs ont émis des opinions si diverses, qu'on pourrait presque en conclure qu'elle n'est qu'un symptôme qui peut être occasionné à cet âge par plusieurs maladies différentes.

Dans un sujet aussi nouveau, où les observations seules peuvent lever tous les doutes, dissiper toutes les incertitudes, nous aurions voulu en trouver un plus grand nombre dans le mémoire de M. le docteur *Troccon*, mais il se borne à en donner deux qui laissent beaucoup à desirer pour les détails. La première tend à prouver l'opinion que l'Auteur a adoptée, d'après le docteur *Hulme*, qui regardait cette maladie comme une suite de l'inflammation des poumons.

Son travail, quoique très-étendu, ne décide pas la question qu'il n'envisage que sous un point de vue sans le résoudre complètement ; le style n'en est pas toujours bien clair, et il est trop surchargé d'explications physiologiques, utiles sans doute, mais trop connues pour les répéter dans un mémoire dont les faits seuls doivent être le flambeau. On reconnaît à la vérité, dans ce travail, cet amour de la science, ce zèle et cette patience qui laissent espérer que l'Auteur achevera, dans un examen nouveau, ce qu'il a si avantageusement commencé, en le basant sur un plus grand

nombre d'observations mieux détaillées, guides positifs du médecin-praticien.

Quoique ce mémoire ne diffère pas beaucoup de la Thèse inaugurale de l'Auteur, sur le même sujet, cependant les changemens qu'il y a faits, et les recherches pénibles auxquelles il a été obligé de se livrer pour cela, nous ont paru assez importans pour lui mériter le titre qu'il desire d'associé-correspondant de la Société, en l'engageant à communiquer les autres observations qu'il possède sur la même affection.

Ce mémoire est divisé en sept sections.

La première n'est qu'une espèce de préface dans laquelle l'Auteur, après avoir nommé les médecins qui ont écrit sur cette maladie depuis *Uzembrius*, annonce que son travail est le même que celui qu'il a présenté pour Thèse inaugurale, mais corrigé et entièrement refondu d'après de nouvelles observations.

Dans la seconde section, il traite des causes qu'il divise en prédisposantes et en efficientes. Les premières qui sont ensuite divisées en trois classes, nous ont paru fort vagues.

L'impression de l'air froid sur la peau tendre et délicate de l'enfant, et sur les voies aériennes, lui paraît être la cause efficiente de cette maladie qui, selon lui, est toujours symptomatique et dépendante d'une pneumonie. La discussion des motifs qui lui ont fait adopter cette opinion, est le sujet de la troisième section. Dans la quatrième, il donne la description suivante de a maladie :

Elle peut survenir dans toutes les saisons,

mais plus particulièrement l'hiver que l'été ; elle peut être partielle ou générale : on peut la déterminer chez un adulte, en comprimant tous les jours, pendant quelques heures, les artères et les nerfs principaux. Elle attaque ordinairement les enfans au moment de la naissance, ou quelques jours après ; on a même vu l'espace de huit jours s'écouler avant que le sclérème parût.

Il commence ordinairement à un ou à deux membres à-la-fois, par les pieds ou les mains, plus souvent par les jambes et les avant-bras, et s'étend ensuite avec plus ou moins de rapidité ; quelquefois la maladie se manifeste d'abord au pubis, aux jambes. Ce cas est un des plus graves, car il a bientôt atteint une intensité que présagent les phénomènes qui existent dans l'économie, et le malade alors peut rarement être sauvé : le dos, les fesses et le thorax sont ordinairement les dernières parties affectées.

La manière d'être des membres atteints du sclérème, éprouve un grand changement. Les pieds se tuméfient, s'arrondissent, et deviennent comme arqués par la contraction des fléchisseurs des orteils ; les pieds sont fléchis sur les jambes, celles-ci sur les cuisses qui sont rapprochées entr'elles, et un peu fléchies sur le bassin.

Les endroits tuméfiés sont durs, presque toujours froids, insensibles, immobiles et roides.

La couleur varie ; un beau rouge écarlate est la plus ordinaire ; néanmoins il n'est pas rare d'observer un rouge pourpre, quand la maladie est un peu ancienne ; la couleur vio-

lacée est celle des enfans qui languissent long-temps, et chez lesquels la mortification de quelque partie a lieu ; l'auteur a vu des enfans qui présentaient des plaques jaunes dans un endroit, rouges purpurines dans d'autres, sur une peau qui, du reste, semblait être saine. Ce phénomène varie à l'infini.

L'engorgement n'est pas œdémateux, mais dur ; le doigt appuyé sur la partie n'y laisse aucune empreinte ; il détermine seulement un changement de couleur comme dans l'érysipèle. Il faut que la pression soit très-forte pour déterminer de la douleur. Cette sensation paraît n'exister que lorsque l'on remue le malade qui fait entendre alors un cri plaintif, perçant et faible, d'une expression particulière : dans tous les autres cas, il reste dans une immobilité et une tranquillité parfaites.

L'assoupissement, la petitesse et la rareté du pouls sont, avec la gêne de la respiration, les caractères les plus constans, ceux dont la durée est plus grande, l'importance plus saillante, et qui servent mieux à dénoter la nature du mal.

Il y a moins souvent diarrhée que constipation. L'Auteur n'a jamais observé le sclérème aux paupières, aux bourses, et aux autres parties où le tissu cellulaire est lâche et dépourvu de graisse, quoique plusieurs Auteurs assurent le contraire ; alors il y avait presque toujours infiltration plus ou moins marquée.

Il existe par fois des maladies concomitantes, comme le millet, etc., qui viennent aggraver le mal.

On remarque, rarement il est vrai, la crispation de la face, les convulsions, etc. ; tou-

jours la difficulté de prendre le sein, d'avaler, lors même que la langue n'est pas bridée par le filet, mais à des degrés variables; si l'on tente de faire prendre quelque liquide il est rejeté par les fosses nasales.

La gangrène des extrémités et de la lèvre supérieure a lieu quelquefois; l'engorgement des glandes mésentériques n'est pas constant. Les yeux sont presque toujours voilés par les paupières, qui souvent sont rouges, comme enflammées, et agglutinées ensemble par l'humeur de *Meïbomius*. La langue est blanche et limoneuse le plus ordinairement. Lorsque l'enfant est entièrement froid, on peut lui communiquer, comme à un corps inerte, en l'approchant du feu, un certain degré de chaleur qu'il perd progressivement dès qu'on l'en éloigne.

Cette affection est une des plus graves de l'enfance; il n'en échappe guères que le 20.e, et même moins.

Dans la cinquième section, l'Auteur parle du traitement, qu'il fait précéder de plusieurs détails qui nous ont paru entièrement inutiles.

Eviter, au moment de l'accouchement, l'impression de l'air et autres substances trop froides, sur le corps de l'enfant; faire des frictions légères, sont, suivant l'Auteur, les moyens par lesquels on peut prévenir cette affection. Lorsqu'elle est déclarée, il conseille le traitement suivant:

1.° Placer l'enfant sur un côté, dans une position oblique, de manière que la tête soit la plus élevée; mettre toutes les parties dans un état de flexion.

2.° Lui donner souvent, et à petites doses,

du lait de sa mère, ou d'une autre femme récemment accouchée; le rendre purgatif, si besoin était, en administrant à la nourrice des cathartiques. A défaut de lait de femme, celui de vache coupé.

3.° Ne jamais emmailloter l'enfant; le faire coucher avec sa nourrice, en le couvrant d'un sac de laine qui ne gênerait pas les mouvemens, et l'enfermant sous une espèce de cerceau qui le préserverait du poids des couvertures et des mouvemens de la nourrice; entretenir la plus grande propreté sur lui, en changeant fréquemment le linge dont il est recouvert.

4.° Le frictionner légèrement avec la main ou une flanelle, et l'envelopper ensuite de laine brute, sèche et nouvellement cardée, légèrement chauffée, que l'on renouvellerait souvent.

5.° Tenir l'enfant dans une atmosphère un peu humide, de 25 à 30 ° de *Réaumur*.

6.° Appliquer, suivant les circonstances, des sangsues sur le thorax, un emplâtre de moutarde, des vésicatoires volans ou fixes sur le point qui paraît le premier endurci.

7.° Employer des bains tièdes à une température de 28 à 34 °.

Si la faiblesse est très-grande, et la maladie stationnaire ou lente, administrer quelque fortifiant, comme du vin vieux sucré, ou une potion cordiale.

8.° Quelquefois il devient nécessaire de donner de légers laxatifs, tels que le *sirop de fleurs de pêcher*, une faible eau de rhubarbe: on donne aussi des lavemens adoucissans et laxatifs.

Dans la sixième section, l'Auteur donne les

détails de plusieurs expériences chimiques qu'il a faites sur la peau, le tissu cellulaire et les poumons d'individus morts du sclérème, comparativement avec des parties semblables prises sur d'autres sujets.

La peau de l'individu malade était généralement plus rouge, plus dure et plus froide, contenant une plus grande quantité de sang dans le réseau muqueux, et plus de gélatine.

Exposée à l'air ou mise dans l'eau, elle exhale une odeur plus acide, et se putrefie plus promptement; elle fournit par l'ébullition plus de gélatine.

Le tissu cellulaire n'a présenté qu'une plus grande abondance de sérosité qui augmente encore après la mort. Ce tissu est très-difficile à insuffler; il contient sous la peau une quantité prodigieuse de graisse jaunâtre divisée en petits grains, consistans, durs et froids, avec une enveloppe filamenteuse.

Le tissu cellulaire soumis aux expériences comparatives, s'est putréfié plus promptement que le même tissu pris dans l'état sain.

La graisse est plus pesante que dans l'état de santé; elle scintille sous les doigts; elle communique une teinte rouge à l'eau, et cette eau évaporée donne un résidu plus abondant d'un cinquième.

L'Auteur avoue que les analyses chimiques lui paraissent insuffisantes pour démontrer que le sclérème n'est pas une maladie de la peau ou du tissu cellulaire, et penche à le regarder comme symptômes résultant de la lésion des poumons.

Il réfute d'après l'examen du cadavre, l'opinion qui faisait considérer comme affectés de gangrène, les poumons qui ne sont qu'hépatisés ou

gorgés de sang. J'ai pris, dit-il, différentes fois des poumons excessivement noirs, sans crépitation, se déprimant sous les doigts avec la plus grande facilité, et sans revenir sur eux-mêmes comme dans l'état naturel, tellement changés, enfin, qu'on les eût crus gangrénés ; cependant après des lavages répétés, ils ont offert une substance qui avait repris tous les caractères des poumons sains, avec une couleur un peu plus rouge ; d'où je conclus qu'il n'y a pas seulement accumulation du sang dans les vaisseaux, mais inflammation du tissu cellulaire qui entre dans sa composition.

Il dit que les deux boules, semblables à des avelines et placées dans le tissu cellulaire des fosses canines, ne sont pas des glandes comme l'a cru M. *Auvity*, mais seulement deux flocons de tissu cellulaire très-durs, adossés ensemble.

Mes observations, dit l'Auteur, prouvent que le sclérème n'a d'analogie qu'avec certains engorgemens froids qui surviennent aux extrémités des personnes atteintes de pneumonies chroniques compliquées d'adynamie ou d'ossification dans les organes de la circulation.

Vient ensuite un parallèle entre le sclérème et la maladie des Barbades : parallèle qui nous a paru au moins inutile.

L'Auteur annonce avoir recueilli, sur cette affection rare, et sur laquelle les médecins sont si peu d'accord, un grand nombre d'observations qui lui ont servi de base pour son mémoire ; cependant il n'en donne que deux, dont voici l'analyse, à la suite de laquelle nous ajouterons quelques réflexions.

Première Observation. — Un enfant né le 8 novembre 1813, reçu le 10 à l'hospice de la

Maternité, présentait les symptômes suivans : tuméfaction des pieds, des jambes, des cuisses et de la region pubienne, avec immobilité, insensibilité, rougeur, refroidissement, rétraction et endurcissement très-apparent de ces parties; plantes des pieds arquées d'avant en arrière, et bosselées de droite à gauche.

Joues gonflées, froides, dures, rouges, se déprimant difficilement, empêchant, par leur tuméfaction, la bouche de s'ouvrir, et gênant la succion.

Assoupissement profond, semblable à celui qui a lieu dans l'apoplexie; cri plaintif et perçant dès qu'on le remuait.

Pouls insensible, nul battement à la région précordiale; chaleur à la partie antérieure du thorax seulement. Le doigt appuyé sur la fontanelle antérieure, ressentait plutôt un mouvement d'ondulation qu'un battement ou une pulsation.

Déjections nulles.

Deux jours après, progrès rapides de la maladie; tuméfaction des membres supérieurs; mort.

Examen du cadavre.—La peau était couverte de taches rouges et jaunes plus ou moins étendues, de formes irrégulières, striées de blanc, ce qui la faisait paraître comme marquetée ou bariolée. Ces taches étaient répandues sur les parties antérieures du tronc, comme sur les postérieures. Les joues, le cou et la région sternale étaient plus rouges et plus dures. Toutes les parties qui abondent en graisse étaient plus dures et plus froides que les autres.

Membres fléchis et dans une forte contraction; articulations des pieds et des poignets tu-

méfiées et peu roides, permettant tous les mouvemens comme dans l'état de vie.

Les parties violacées étant incisées, ont fourni une grande quantité de sang délié, ténu, filant et peu coloré; les tégumens de la partie postérieure du crâne avaient une épaisseur de quatre à cinq lignes dans certains endroits, de deux ou trois dans d'autres : les bords de l'incision étaient durs, froids, jaunes, et composés en partie d'une graisse grenue, dure, qui remplissait les mailles du tissu cellulaire.

La peau était dure et se séparait facilement des muscles, sur-tout aux jambes, d'où on l'enlevait, en forme de bottine; même état aux cuisses.

Les glandes des aines et des aisselles étaient nombreuses, grosses comme des lentilles, plates et alongées; elles ne participaient ni à la dureté, ni au froid, ni à la rougeur des autres parties.

Les glandes que l'on dit se trouver dans la fosse canine, ne sont que des paquets graisseux.

Les paupières étaient saines, mais infiltrées, ainsi que les grandes lèvres.

A l'ouverture du crâne, on a trouve le sinus longitudinal supérieur, rempli d'un sang noir et épais; tous les vaisseaux des méninges gorgés de sang; les membranes phlogosées; les ventricules latéraux du cerveau contenaient plein un dez à coudre environ de sérosité sanguinolente; le cervelet était un peu mou et rouge; la queue de la moëlle alongée légèrement durcie; la base du crâne était remplie de sang et de sérosité; le conduit rachidien contenait en outre des parties qui paraissaient avoir été enflammées.

Ouverture de la poitrine. — Forte adhérence de la plèvre avec la partie postérieure du sternum, avec le péricarde, les poumons et le thymus sur-tout, qui était très-volumineux et très-étendu.

Le péricarde, uni intimement avec la partie supérieure du diaphragme, était distendu et appliqué sur le cœur qui avait une dimension triple de la grosseur ordinaire; les oreillettes et les ventricules étaient remplis d'un sang noir et coagulé.

Les poumons contractés dans le fond du thorax, ne présentaient aucune crépitation, et n'offraient qu'un petit point où le sang fût vermeil; il appartenait au poumon droit; tout le reste, jeté dans l'eau par morceaux plus ou moins gros, allait au fond, tandis que le point surnageait; du reste, ces poumons avaient les apparences du foie. Ils étaient de couleur rouge-brun, lourds, et résistaient quand on les pressait, sans présenter de crépitation, comme dans l'état naturel.

Les bronches et la trachée-artère étaient recouvertes d'un enduit muqueux.

Ouverture de l'abdomen. — Intestins distendus par des gaz; mésentère gorgé de sang rougeâtre; foie volumineux, compact, et d'un rouge foncé; vésicule biliaire de couleur brune, distendue par beaucoup de bile noirâtre.

Reins volumineux, rouges et bosselés.

Pancréas volumineux et rouge.

Estomac très-petit, flasque, et parcouru par un grand nombre de vaisseaux remplis de sang.

Réflexions sur cette Observation.

Cette observation est la seule qui nous ait paru réunir les caractères que l'on attribue à la maladie désignée par la plupart des Auteurs sous le nom d'endurcissement du tissu cellulaire des nouveaux-nés, et dernièrement sous celui de sclérème par M. le professeur *Chaussier*. Elle laisse cependant beaucoup à desirer, car elle manque de détails sur l'invasion de la maladie, et sur les causes qui pourraient l'avoir produite; il eût été aussi très-important de connaître, d'une manière précise, la marche et le développement successif des divers symptômes que l'Auteur paraît n'avoir pu observer lui-même, et sur lesquels il n'a pas pris tous les renseignemens que l'on pourrait desirer.

L'examen du cadavre fait avec soin a constaté un état inflammatoire des organes contenus dans la poitrine, un engorgement de tout le système sanguin, et une altération particulière de la graisse; d'où l'on peut conclure que l'endurcissement du tissu cellulaire n'a été, chez cet enfant, qu'un symptôme indiquant l'engorgement extrême des vaisseaux capillaires sanguins, et déterminé par la maladie du cœur et des poumons qui ont arrêté la circulation, et fait périr l'enfant dans un état d'asphyxie.

Ne pourrait-on pas présumer aussi qu'au moment de la naissance, le poumon ne s'est développé que dans un point très-petit et insuffisant pour l'établissement de la circulation, d'où est né l'engorgement du cœur et celui des autres organes et de tout le tissu cellulaire? Ce cas, plus commun qu'on ne le pense, chez les nou-

veaux-nés, et qui annonce un vice de conformation ou l'oubli des précautions nécessaires, au moment de la naissance, pour éviter le contact d'un air trop froid, doit-il déterminer à donner un nom particulier à une affection qui ne serait alors que le symptôme d'un engorgement dans les vaisseaux sanguins, et sur-tout dans le système capillaire? N'ayant pas été à portée de voir cette maladie, nous proposons nos doutes aux médecins qui ont des occasions plus fréquentes de l'observer, et nous espérons que la science ne tardera pas à être éclairée sur cet objet important, par les travaux dont s'occupe M. le professeur *Chaussier*, et qu'il s'est engagé à communiquer dans l'article *sclérème* du Dictionnaire des Sciences Médicales.

EXTRAIT

D'une Lettre adressée à la Société Médicale d'Emulation, par M. le docteur Ruhl, *conseiller-d'Etat, et médecin de Sa Majesté l'Empereur de Russie.*

En Russie comme ailleurs on a été dans la nécessité pendant les guerres, de chercher des remèdes indigènes propres à remplacer le quinquina. On avait observé depuis long-temps que le bas-peuple employait contre les fièvres intermittentes l'infusum théiforme d'une plante nommée dans le pays *dikoy-kress*, qu'on administrait pendant l'accès du froid. Les botanistes ont reconnu que c'était le *lepidium ruderale* de *Linnœus*.

M. *Rittmeister*, médecin de l'hôpital situé à Pantowsky, campagne de l'Impératrice-Mère, engagea ses confrères, MM. les docteurs *Ruhl*, *Trinius* et *Blum* à faire sur cette plante une série d'expériences que favorisa singulièrement le grand nombre des fièvres intermittentes de l'année 1812. La plante entière avait été recueillie aux mois de juin et de juillet de l'année précédente, et l'on en faisait bouillir une demi-once dans une livre d'eau qu'on réduisait à huit onces. Les malades attaqués de fièvres tierces ou quotidiennes, en prenaient, pendant l'intermission, deux cuillerées à bouche de deux heures en deux heures. De quarante malades qui prirent ce médicament, il n'y en eut que deux qui n'en furent pas guéris, quoiqu'on eût employé ce remède sans la moindre préparation préalable; son usage pendant une seule intermission, suffisait déja pour empêcher les accès. L'effet du remède était presque aussi général, quoique moins prompt, dans les fièvres automnales.

Le *lepidium ruderale* paraît être l'*iberis* des anciens, qui, selon M. *Hahnemann*, en connaissaient déja l'utilité. Peu d'ouvrages de matière médicale en ont fait mention.

M. le docteur *Ruhl* se propose de publier sur ce remède un récit plus détaillé. Etant notre correspondant, il a pensé que nous accueillerions cette notice préalable, et que nous l'insérerions dans notre Bulletin pour engager les médecins à faire usage de cette plante, afin d'en mieux constater les vertus.

TRAVAUX

DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE,

Communiqués à la Société Médicale d'Emulation, par M. le docteur VASSAL.

OBSERVATION

SUR UNE FIÈVRE INTERMITTENTE PERNICIEUSE SEPTÉNAIRE QUI S'EST PRÉSENTÉE SOUS LA FORME DE SPASME NÉPHRITIQUE,

Par M. Landel, de Castres, docteur en médecine.

Les Auteurs qui ont écrit sur les fièvres intermittentes pernicieuses, sont tous d'accord que ces fièvres demandent, de la part du médecin, la plus grande attention pour les reconnaître, tant les formes sous lesquelles elles se présentent sont variées, et peu en rapport avec les caractères essentiels de ces espèces de fièvres.

Depuis que l'esprit d'observation dirige les médecins, on reconnaît la vérité de ce principe fondamental de l'art de guérir, si familier à *Hippocrate*; savoir, que la nature a la plus grande part dans la cure des maux qui affligent l'espèce humaine. Elle a des moyens qui nous sont inconnus, propres à travailler, à dompter et détruire la matière morbifique qui tend à la perte de l'homme.

Mais dans l'espèce de fièvre qui nous occupe,

il semble que cette mère conservatrice veuille condamner au silence les antagonistes de la science médicale, en réservant aux seuls efforts du médecin le pouvoir et la gloire de guérir ces sortes de maladies; car il n'en est aucune qui réclame plus impérieusement les secours de la médecine, que les fièvres intermittentes et rémittentes pernicieuses; le moindre retard dans l'administration des remèdes est souvent très-préjudiciable aux malades, puisqu'on en a vu plusieurs succomber au premier ou au second paroxisme.

Combien, dans cette circonstance, serait dangereux ce précepte de *Baglivi : Multa scire et pauca agere ;* tandis qu'il est de la plus grande importance dans une foule d'autres maladies. Beaucoup savoir ne peut être qu'utile; mais peu agir serait aussi meurtrier qu'il serait imprudent d'agir dans d'autres; aussi *Baglivi* entend-il que ce principe soit de rigueur dans les cas où la nature peut seule se débarrasser de la cause de la maladie, ou lorsque le médecin ne peut pas bien asseoir son diagnostic.

Les fièvres intermittentes pernicieuses semblent être aujourd'hui plus fréquentes qu'elles l'étaient autrefois. Il est peu de médecins modernes qui n'aient eu l'occasion d'en voir; tandis que, au contraire, les anciens en ont rencontré plus rarement : ce n'est pas qu'elles leur fussent inconnues, comme le pensent quelques médecins de nos jours; car *Hippocrate*, *Avicenne*, et autres, en rapportent quelques histoires : en cela *Morton* a eu tort de dire qu'il a été le premier à les observer, comme on le voit dans ce passage : *Opere pre-*

tium dux; exempla aliquot hujusmodi febrium, quas imperrime observavi, seligere, scriptis mandare atque publici juris facere. Atque equidem hoc pensum eo lubentiùs aggredior, quia nemo adhuc (quàntum scio) hoc subjectum tractavit, cujus cultura ad praxim medicinalem promovendam maximi momenti mihi esse videtur. Mais on ne peut pas lui refuser, à ce que je crois, d'avoir le premier établi leur traitement, puisque les Auteurs qui ont paru avant lui, n'ont pas connu les moyens que ce savant médecin a su leur opposer avec tant de succès.

La période tierce est celle que suivent plus particulièrement les fièvres intermittentes pernicieuses; elles sont cependant susceptibles de dégénérer en continues, d'après les observations de *Bianchi*, etc. Les Annales de Médecine-Pratique de Montpellier tome 1.er, pages 211 et 442 du N.° 66, renferment deux histoires de fièvres intermittentes pernicieuses septénaires. Cette espèce doit être sans doute fort rare; d'autant que la septénaire simple est peu commune. *Cullen*, traduct. de M. *Bosquillon*, *Baumes*, *Voy.* Ann. de Méd.-Prat. de Montpellier, *loc. cit.*, ne pensent pas qu'elle existe; ils croient qu'il n'y a que des fièvres quartes, tierces ou quotidiennes; la quintane, la sextane, etc., etc., n'ont lieu d'après eux que parce qu'un ou plusieurs paroxismes ont été retardés par une cause quelconque. J'oppose à cette assertion l'autorité de *Boërhaave*, qui assure avoir vu et parfaitement reconnu la fièvre intermittente septénaire simple.

D'après l'observation suivante qui m'est particulière, je ne doute pas de l'existence de

cette fièvre, puisque dans l'intervalle d'un paroxisme à l'autre, je n'ai aperçu aucun dérangement dans les fonctions vitales ni animales, et que les cinq paroxismes que j'ai eu occasion d'observer ont régulièrement suivi le type septénaire. Si cette fièvre n'avait pas été réellement septénaire, ne se serait-il pas manifesté quelque dérangement dans quelqu'une des cinq intermissions qui ont eu lieu ?

Dans le courant du mois de juin 1806, je fus appelé pour aller voir la femme *Melon*, âgée d'environ cinquante ans, non réglée depuis à-peu-près deux ans. Peu avant mon arrivée auprès d'elle, des douleurs vives s'étaient manifestées aux reins, et se propageaient jusques aux parties extérieures de la génération. Ces douleurs furent en augmentant, depuis les neuf à dix heures du matin qu'elles commencèrent, jusques vers les huit heures du soir, et dès-lors elles diminuèrent insensiblement pour disparaître complètement vingt-quatre heures après leur début.

Pendant les vives souffrances, le pouls était petit et concentré, la respiration un peu fréquente, la chaleur naturelle ou à-peu-près, le ventre était assez souple ; point de frisson.

Je questionnai la malade, et ses réponses me détournèrent de l'idée qu'au premier abord je m'étais fait de son état. Je croyais à la présence d'un calcul dans les reins ou dans les uretères ; mais la femme n'avait jamais éprouvé de semblables douleurs ; ses urines n'avaient déposé aucune matière graveleuse ; elles coulaient librement et n'étaient point sanguinolentes. Ces éclaircissemens me firent abandonner ma première opinion, et je regardai l'état actuel des

souffrances comme dépendant du spasme, fixé sur le systême des voies urinaires. Je mis en usage les potions anti-spasmodiques et calmantes, et les bains : ceux-ci furent négligés. Deux jours après la disparition du paroxisme, la malade prit un minoratif qui, sans provoquer la moindre douleur, procura d'abondantes évacuations, et d'une puanteur insoutenable. La malade reprit ses occupations; son appétit, son sommeil et ses forces allaient au mieux.

Le septième jour, à-peu-près à la même heure, mêmes douleurs, mais avec plus d'intensité que pendant le premier paroxisme. Je remarquai de plus des efforts involontaires comme pour aller à la garde-robe. La durée de celui-ci fut à-peu-près la même que celle du précédent.

Les potions anti-spasmodiques et calmantes n'apportèrent aucun soulagement; l'usage des bains semblait augmenter les douleurs : je me tournai vers les huileux qui n'ont pas mieux réussi. L'opium à la dose d'un et de deux grains a été sans effet.

Jusques-là je n'avais pas donné au but; l'absence des signes qui caracterisent ces fièvres fut la cause de mon erreur. Ce n'a été qu'au troisième paroxisme que j'ai reconnu une fièvre intermittente pernicieuse septénaire : l'invasion de celui-ci a été absolument la même que celle des deux autres; mais pendant sa durée, qui fut un peu plus longue, la respiration devint courte et fréquente; les intestins étaient agités d'un mouvement convulsif très-rapide, sensible au tact et à la vue; les douleurs très-aiguës étaient moins vives lorsqu'on exerçait une pression forte sur la cavité abdomi-

nale; toutefois les mains comprimantes étaient soulevées avec force; l'urine était un peu moindre que dans l'état naturel, mais point rouge ni trouble : pour la première fois, la malade se plaignit du froid aux pieds.

Je mis en usage les remèdes ci-dessus, et en outre quelques frictions sur les extrémités inférieures.

Ne doutant pas que je n'eusse une fièvre intermittente pernicieuse septénaire à combattre, j'étais assuré de prévenir, ou du moins de diminuer le paroxisme à venir, en donnant à haute dose le quinquina. Je fis part de mon opinion aux parens de la malade, qui ne s'opposèrent point à mes vues curatives; mais quelques femmes qui étaient présentes pensèrent que la maladie était de nature bien différente; point de frisson général, point de chaleur ni de sueur; il ne pouvait entrer dans leur tête que ce fût une fièvre d'accès. Mes raisonnemens ne furent pas capables de les convaincre; elles ne voyaient qu'un mal de matrice (telle était leur expression.) Il fallut donc attendre le paroxisme suivant, et l'annoncer beaucoup plus dangereux s'il n'était pas mortel. C'est aussi ce que je fis, n'ayant pu déterminer la malade à suivre le traitement que je lui proposais, malgré le danger que je lui faisais entrevoir.

Le paroxisme annoncé fut retardé de quelques heures; la femme *Melon* ne se trouvant pas incommodée prépara elle-même le dîné pour la famille, et l'heure du repas étant venue, elle se mit à table, prit quelques bouchées d'alimens, lorsque tout-à-coup elle est saisie de douleurs aux reins, etc., etc. Se manifestèrent

ensuite des engourdissemens très-pénibles dans les cuisses; les muscles de la cavité abdominale se contractaient vers la colonne vertébrale; plusieurs lipothymies se succédèrent : la dernière mit la malade dans un état si alarmant, que quelques assistans l'avaient abandonnée croyant qu'elle était morte. Cette situation désespérante, après avoir duré près d'une heure, s'améliora petit-à-petit; et trente-six heures après, tous ces symptômes disparurent complètement ne laissant d'autre trace qu'une faiblesse considérable.

J'appris qu'au début de ce paroxisme, on lui prodigua l'eau d'armoise qu'on lui avait fait respirer, la vapeur de corne de cheval, etc. Voyant que cela ne produisait pas l'effet que l'on en attendait, on se détermina à me faire appeler. Dans ce moment j'étais absent; on eut recours à un de mes confrères qui prescrivit une saignée du bras et un bain tiède. Après avoir resté quelques minutes dans l'eau, elle eut une lipothymie qui obligea les assistans à l'en sortir; elle en eut deux autres, et, comme je l'ai dit plus haut, la dernière fut très-alarmante.

Je ne pus voir cette malheureuse que vers le déclin de ce terrible paroxisme. Il ne me fut pas difficile de la décider à suivre le traitement qu'elle avait rejeté auparavant. En conséquence, je lui fis prendre le quinquina combiné avec l'opium, et j'eus la satisfaction de voir une très-grande diminution dans les accidens qui s'étaient constamment montrés dans le commencement des paroxismes, et l'absence de ceux survenus pendant leur durée. Le quinquina fut encore donné la veille et le jour du

sixième, et dès ce moment la femme *Melon* fut complètement guérie; cependant la veille et le jour du septième paroxisme, je prescrivis une dernière dose, moindre que les précédentes, seulement par précaution.

En général on donne pour caractères essentiels de ces fièvres, le froid aux pieds, et la couleur des urines avec un sédiment briqueté. *Morton*, Voy. *Tractatus de morbis universalibus acutis, historia XXVIII*, pag. cj, s'explique ainsi en parlant d'une femme qui avait une fièvre intermittente pernicieuse: *Ubi autem die tertio observassem urinam multâ rubidine tinctam, contentis saturatam, ac in colorem lateritium præcipitatam clare perspexi fermentum febrile (ut ex vehementiâ spasmorum extrema jam frigerent), sub hisce spasmis delitescere indèque haustum nostrum*, etc.

Dans cette observation, on voit que le froid aux pieds ne s'est manifesté qu'au troisième paroxisme et ses subséquens; et que les urines n'ont point présenté les phénomènes dont parle *Morton*; elles ont toujours été belles et sans dépôt. *Cullen, loc. cit.*, tome 1, page 10, dit que les urines ne sont rouges et ne déposent que dans la période du chaud. Serait-ce parce que cette fièvre n'a pas présenté la période de chaleur que les urines n'ont point été colorées et sédimenteuses? Les fièvres intermittentes pernicieuses sont si anomales, que rarement elles se présentent avec les périodes de froid ou de rigor, de chaud et de sueur; constamment le rigor a lieu, et ordinairement c'est dans cette phase que les malades succombent lorsque la maladie est mortelle. Celles de chaud et de sueur sont moins constantes; et cependant les méde-

cins ont observé, malgré leur absence, la coloration et le dépôt sédimenteux de l'urine. Quoi qu'il en soit de ces signes, la maladie a cédé aux moyens communément employés.

OBSERVATION

SUR UNE IMPERFORATION DU RECTUM QUI, CHEZ UN NOUVEAU-NÉ, SE TERMINAIT EN CUL-DE-SAC;

Par M. Jolliet, docteur en chirurgie.

Le 15 mai 1806, madame *Brasseur*, ouvrière en modes et épouse d'un garçon perruquier, accoucha d'un enfant mâle fort et vigoureux. Cet enfant, pendant les deux premiers jours, dormit, but et rendit bien son urine.

Le 17, agitation, perte d'appétit, tension du ventre; le méconium n'avait pas encore pris son cours. Administration du sirop de chicorée composé de rhubarbe, qui ne produit aucune évacuation. Le soir, vomissement de matières jaunes et verdâtres; tension plus grande de l'abdomen. Bains entiers, d'après l'avis du chirurgien, et application des émolliens sur le bas-ventre. Aucunes déjections alvines.

Le 18, au matin, le père, en me coëffant, me parle de son enfant, de sa situation, et des moyens qu'on a employés inutilement pour le soulager. Je conseillai un lavement, et je recommandai au père d'avoir promptement recours au chirurgien, si le lavement ne pouvait

pénétrer. Je lui annonçai que je soupçonnais un vice de conformation qui ne pouvait être détruit que par une opération.

Le jour, à dix heures et demie, on m'apporta l'enfant qui pouvait à peine respirer. L'abdomen était prodigieusement tendu, et l'anus très-bien conformé. Une sonde introduite dans le rectum et dirigée dans tous les sens, ne pénétra pas au-delà de dix-huit lignes. Aucune partie plus molle l'une que l'autre, aucun point de fluctuation ne se faisaient sentir. La sonde introduite à plusieurs reprises, ne me fit remarquer aucune humidité, et pas la moindre odeur. La tension extraordinaire du ventre, l'oppression, la difficulté de respirer et de crier, le mauvais état du pouls, la crainte de voir l'enfant périr, après l'opération même la plus heureuse, le caractère emporté du père, me firent renvoyer l'enfant au chirurgien qui l'avait vu la première fois. Un trois-quarts introduit dans l'anus, et plongé assez avant, ne fit sortir que du sang. L'enfant mourut deux heures après.

Le docteur *Largueze* ayant appris, à sa visite pour constater le décès, que j'avais vu l'enfant, vint lui-même me chercher pour faire l'ouverture du cadavre.

Nous trouvâmes le ventre extraordinairement tendu et dur. Il sortait par l'anus un sang noir, à moitié décomposé, et sans odeur. Une sonde introduite par l'anus dans le rectum, s'arrêta d'abord à la profondeur de dix-huit lignes, comme la première fois; mais dirigée vers un autre point, elle n'éprouva plus de résistance, et pénétra très-avant : je la retirai teinte de sang.

L'incision en croix de la paroi abdominale, donna issue à une grande quantité de sang épanché dans l'abdomen, et semblable à celui qui sortait par l'anus.

Tous les intestins étaient extraordinairement tendus par l'air qui s'y était développé. Les gros intestins étaient sur-tout remarquables par une teinte plus ou moins brunâtre et gangréneuse.

Le rectum remplissait par son volume tout le bord supérieur du petit bassin, dans lequel il paraissait enfoncé comme un coin. La vessie ne contenait presque pas d'urine.

La membrane péritonéale du rectum ne tenait en rien à la membrane musculaire qui en était cependant toujours enveloppée, excepté à la face antérieure de l'intestin, où l'on remarquait une déchirure longue de deux pouces, avec un écartement de dix lignes. Cette déchirure et cette désorganisation produite par la trop grande dilatation du rectum, avaient entraîné de toute nécessité la désorganisation et la déchirure des vaisseaux qui rampent dans le tissu de la membrane péritonéale, et avaient produit l'épanchement dont j'ai parlé.

Après avoir isolé le rectum des parties environnantes sans toucher à son bas-fond, j'introduisis de nouveau une sonde par l'anus. Cette sonde parvenue à la profondeur de dix-huit lignes, nous parut avoir pénétré dans une cavité adossée au sacrum, et dont le fond, situé derrière le rectum, débordait d'un demi-pouce le bas-fond du rectum.

Le rectum enlevé avec précaution, ne présenta ni retrécissement, ni étranglement, ni callosité; mais un cul-de-sac parfait, transpa-

rent, et d'une texture semblable à celle du corps de l'intestin lui-même dépouillé de sa membrane péritonéale.

J'incisai la cavité qui répondait à l'anus. Sa paroi était très-épaisse : à son fond, je remarquai l'ouverture faite par le trois-quarts. Je fis suivre à ma sonde la route tracée par le trois-quarts. Ma sonde glissa l'espace de deux pouces dans le tissu cellulaire qui unit le péritoine à l'os sacrum, et sortit dans le bassin par une ouverture qui répondait au calibre d'un trois-quarts, et qui, depuis l'opération, avait permis au sang épanché dans la cavité abdominale de s'échapper par l'anus.

Voilà donc l'intestin rectum partagé en deux moitiés bien distinctes, séparées l'une de l'autre, se terminant toutes deux en cul-de-sac, et l'inférieure se perdant derrière la supérieure, dans le tissu cellulaire qui unit l'os sacrum au péritoine. Ainsi on ne doit pas être étonné si l'opérateur n'a pas réussi en plongeant le trois-quarts dans la direction du rectum apparent.

Ce cas pathologique est le seul que l'ouverture des cadavres ait fait connaître ; c'est ce qui m'a engagé à vous en faire part. La pièce desséchée doit se trouver dans les cabinets de l'Ecole de Médecine, à qui j'en ai fait hommage.

Elle fut détachée quatre travers de doigts au-dessus du cœcum, et en voulant la nettoyer du méconium qu'elle contenait, j'eus beaucoup de peine à retenir en place la membrane péritonéale du colon qui glissait sur la membrane musculaire, comme un bas sur la

jambe. Cette particularité m'a paru digne d'attention, et peut servir à résoudre, d'une manière tranchante, le problême proposé par plusieurs médecins.

Personne n'ignore que, dans la dysenterie, les malades rendent par l'anus des portions membraneuses, épaisses, longues et cylindriques. Les uns ont regardé cette membrane comme un produit morbifique, comme l'effet de l'humeur lymphatique qui s'épanche, se coagule, et forme une espèce de doublure à la surface interne du rectum. D'autres ont prétendu que les malades avaient rendu l'intestin rectum lui-même.

L'opinion de ces derniers me paraît tout-à-fait erronée ; parce qu'il est impossible que les malades rendent le rectum sans éprouver sur-le-champ un épanchement mortel dans la cavité de l'abdomen.

Quant à l'opinion des premiers, je ne nie pas qu'il puisse se former une membrane muqueuse et même organisée dans le rectum, comme on en voit se former dans la poitrine et dans la trachée-artère, par l'effet de la péripneumonie et de l'angine trachéale. Mais on conviendra avec moi que le détachement de la membrane interne du rectum peut avoir fréquemment lieu dans la dysenterie inflammatoire. La membrane extérieure a pu se détacher, comme vous venez de le voir dans mon observation, les autres membranes étant intactes ; l'interne peut donc aussi se séparer sans entraîner avec elle l'oblitération de la musculaire et de la péritonéale. L'épaisseur qu'elle peut acquérir n'est point contestée.

Son adhérence peut être détruite par la gangrène qui s'est emparée d'elle, et qui est la suite de l'inflammation, et son expulsion au-dehors ne doit plus paraître surprenante.

De l'Imprimerie de MIGNERET, Imprimeur du Journal de Médecine, rue du Dragon, F. S. G., N.° 20.

BULLETIN

DE

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Rédigé par M. BRESCHET, Secrétaire-général de cette Société (1).

N.° XII. — DÉCEMBRE 1815.

MÉMOIRE

SUR QUELQUES ALTÉRATIONS ORGANIQUES DES ARTÈRES;

Par M. Cruvélhier, D. M. P.

Les altérations organiques des artères n'ont été jusqu'ici que très-peu étudiées. Dans les ouvertures de cadavre, on examine scrupuleusement tous les organes, tous les tissus; on

(1) C'est chez ce médecin, (rue de la Jussienne, N.° 17), qu'on doit adresser, *francs de port*, les mémoires imprimés ou manuscrits, les observations et tous les ouvrages de médecine qu'on desirera présenter à la Société, ou faire insérer dans son Bulletin.

a même donné des préceptes pour ménager toutes les parties et les scruter jusques dans les plus petits détails; mais, dans tout cela, le système artériel n'est compté pour rien : à peine fixe-t-on son attention sur son origine, qui serait sans doute aussi négligée si on ne l'enlevait en même temps que le cœur. Cependant les artères sont très-souvent altérées dans leur organisation : sur huit cadavres d'adultes, je puis assurer que cinq présenteront quelques altérations de ces vaisseaux. Chez plusieurs, il est vrai, ce ne sera que des taches, mais enfin ce seront des altérations; et s'il est incontestable que la fréquence des lésions d'un organe est une preuve de l'importance des fonctions et de la grande vitalité de cet organe, le système artériel mérite une des premières places sous ce rapport.

Frappé de ces réflexions, j'ai entrepris des recherches suivies sur l'organisation et sur les altérations des artères; voici le résultat de mes observations, que je prie de ne considérer que comme le rudiment d'un travail plus étendu.

J'exposerai d'abord le plus succinctement possible l'organisation des artères; je parlerai, en second lieu, de leur ossification, ou plutôt de leurs concrétions ossiformes, et de toutes les altérations qui paraissent liées avec ces concrétions; enfin, je passerai à leurs transformations fibreuses pour la guérison des plaies artérielles. Je m'estimerai heureux si la Société Médicale d'Emulation daigne accueillir ce faible essai pour lequel je réclame toute son indulgence.

§. I.er *Organisation des artères.*

Les parois artérielles disséquées très-attentivement, et dans l'état de maladie et dans l'état d'intégrité, m'ont présenté en allant du dedans au-dehors, 1.° une pellicule extrêmement mince, susceptible de s'épaissir beaucoup dans l'état de maladie, très-facile à déchirer, transparente lorsqu'elle est étendue sur les parois de l'artère, rougeâtre lorsqu'elle est ramassée sur elle-même, très-rouge dans certains cas.

2.° Une membrane résistante qui se détache plus aisément suivant la longueur de l'artère que dans le sens transversal. Ce sont ces deux membranes bien distinctes qu'on confond ordinairement sous le nom de membrane interne.

3.° Cette membrane enlevée, on voit une surface homogène qui, à l'exception du poli, ne diffère en rien de la surface interne d'une artère intacte; c'est la membrane propre dont les couches les plus externes ont seules une disposition linéaire circulaire bien évidente : cette membrane s'enlève beaucoup plus aisément suivant la circonférence que suivant la longueur de l'artère.

4.° Une membrane celluleuse, dense, extensible, difficile à déchirer, ne se pénétrant jamais de graisse ni de sérosité.

§. II. *Ossification des artères.*

Les ossifications des artères sont extrêmement communes, tellement que dans les amphithéâtres on s'accoutume à les regarder plutôt comme un phénomène naturel, suite du pro-

grès de l'âge, que comme une véritable maladie. On les observe assez souvent sur les jeunes gens; et suivant la remarque de *Bichat*, les mêmes ossifications qui, chez les vieillards, ne déterminent aucun accident, en produisent de très-considérables chez les jeunes gens. Dans l'état actuel de la science, nous ignorons si les altérations des artères déterminent des symptômes qui dépendent de la vitalité de ces vaisseaux; nous ne connaissons que ceux auxquels ils donnent lieu en gênant mécaniquement la circulation. Dans ces derniers temps, comme on a observé les altérations stéatomateuses, ossiformes, etc., au voisinage des anévrismes et dans l'épaisseur même des poches anévrismales, on a pensé que les anévrismes tenaient le plus souvent à cette altération : cela est possible, très-probable même, mais ce n'est pas certain : je dirai bientôt que j'ai vu plusieurs fois la membrane interne et moyenne détruites dans un petit espace; la membrane celluleuse formant toute seule les parois artérielles, sans offrir la moindre dilatation : toujours est-il résulté de ce fait d'anatomie pathologique, un nouvel argument en faveur de la méthode de *Hunter*, d'après laquelle le vaisseau doit être lié à une assez grande distance de la maladie. Cela posé, je vais suivre ces ossifications dans toutes les parties du systême artériel; j'examinerai les accidens auxquelles elles peuvent donner lieu, suivant qu'elles attaquent telle ou telle partie, et je tâcherai de déterminer d'une manière précise le siège et la nature de ces ossifications, ce qui me conduira à jeter un coup-d'œil sur la plupart des altérations organiques des artères.

Article I.er *Ossification des origines de l'aorte et de l'artère pulmonaire.* — L'ossification de l'origine de l'aorte s'observe très-souvent. Sa fréquence chez les animaux a même fait admettre comme naturel un os morbifique qui a joui d'une grande célébrité sous le nom *d'os du cœur.* On plaçait d'abord cet os presqu'indifféremment à l'origine de l'aorte ou aux valvules mitrales et semi-lunaires, mais bientôt on ne lui donna que la première position. *Galien* trouva un os conoïde chez un éléphant, et à sa place un cartilage chez de petits animaux. *Aristote* assure que cet os ne se trouve pas dans toutes les espèces. *Riolan* dit avoir vu vingt fois le principe de l'aorte ossifié. *Bartholin*, *Harvée*, *Cheselden*, *Haller*, et une foule d'Auteurs (*El. Phys.*, *l. IV*, *sect. III*, *de cordii fabricâ*), rapportent des exemples semblables. Cet os a été rayé du nombre de ceux du corps humain, par *Vésale* et *Ingrassias*, auxquels ont applaudi tous les anatomistes qui les ont suivis : il est rare de trouver un cercle osseux complet, mais il ne l'est pas du tout de voir des portions de cercle plus ou moins considérables.

Art. II. *Ossification des valvules sygmoïdes.* — Elle est peut-être la plus commune de toutes les ossifications accidentelles : il n'est personne qui n'ait eu occasion de l'observer plusieurs fois. Elle commence par le bord adhérent et le tubercule du bord libre, et envahit peu-à-peu la totalité de ces valvules, lesquelles sont alors constamment écartées des parois artérielles, et bouchent plus ou moins complètement le calibre de l'artère. Le seul cas où ces valvules restent appliquées contre les

parois artérielles, est celui de leur recroquevillement. M. *Corvisart* rapporte (Mal. du Cœur, p. 210 et suiv.), l'observation d'une femme âgée de 76 ans, dont les valvules sygmoïdes étaient ossifiées et écartées des parois de l'artère; l'une d'elles conservait assez de mobilité vers sa base, pour pouvoir exécuter un mouvement de bascule; sans cette circonstance, le sang n'aurait eu pour passer dans l'aorte qu'une fente très-étroite.

L'ossification des valvules sygmoïdes pulmonaires est beaucoup plus rare : *Morgagni* trouva chez une jeune fille de seize ans, malade depuis sa naissance, ces valvules ossifiées, gonflées et réunies de telle manière, qu'il restait à peine pour le passage du sang, une ouverture du diamètre d'une lentille.

Les effets de l'ossification des valvules sygmoïdes des artères aorte et pulmonaire, sont un obstacle mécanique au cours du sang, d'où la dilatation active ou passive des cavités droites, des cavités gauches, de la totalité du cœur, suivant que le rétrécissement existe à l'origine de l'aorte ou à celle de l'artère pulmonaire, il est impossible de reconnaître *à priori*, l'existence de ces ossifications.

ART. III. *Ossification du tronc de l'aorte et de ses divisions.* — Il est rare d'ouvrir un individu un peu avancé en âge, sans rencontrer quelques ossifications le long de l'aorte. Cependant elles n'ont pas toujours lieu en raison directe de l'âge, et on en trouve quelquefois de très-considérables chez de jeunes sujets. Tantôt ce sont des lamelles plus ou moins étendues, tantôt elles forment des quarts, des moitiés de cercles, des cylindres complets. *Harvée*

(*Exercit. Anat. de circuitu sang.*), rapporte qu'une portion de l'aorte descendante était convertie en un tube osseux dans la longueur d'une palme. *Tunicæ ejus in calamum et tubulum osseum totaliter conversae.* Il se sert même de ce fait d'anatomie pathologique pour rejeter la faculté pulsative des artères. *Scultet* a vu le tronc de l'aorte entièrement osseux dans l'étendue du petit doigt. L'ossification quelquefois bornée à la crosse aortique, s'observe souvent tout le long de son tronc. Dans quelques cas, cette ossification occupe en même temps et le tronc de l'aorte, et ses principales divisions, sans que le malade ait présenté de symptômes qu'on puisse raisonnablement lui attribuer. D'autres fois elle attaque exclusivement l'origine des principales artères : l'ossification semble même affecter une sorte de prédilection pour cette origine. Enfin, dans certains cas, elle envahit spécialement les petites artères, tandis que les gros troncs sont respectés, ou du moins n'offrent que des plaques osseuses peu considérables. Cette dernière espèce d'ossification est extrêmement remarquable; elle est une cause, plus fréquente peut-être qu'on ne pense, de gangrène sénile. Il y a trois ans que nous observâmes à l'Hôtel-Dieu une gangrène des orteils qui tenait à cette cause.

J'ai ouvert dans le mois de juillet 1814, avec M. le docteur *Patissier*, le corps d'un homme mort de gangrène sénile des orteils du pied gauche Le tronc de l'aorte offrait de distance en distance quelques taches d'un blanc jaunâtre, beaucoup plus nombreuses vers la terminaison de cette artere, qu'à sa crosse. La comparaison de *Morgagni*, qui

assimile ces taches à des gouttes de cire concretée, comparaison goûtée par *Sénac*, m'a paru très-exacte. A l'origine de la sous-clavière était une ossification inégale, tuberculeuse, qui n'était recouverte par aucune membrane. L'orifice de la carotide interne droite était capillaire : la cause de ce rétrécissement était dans une tumeur grisâtre de consistance couënneuse, formée aux dépens de la membrane moyenne. La carotide interne gauche était ossifiée à son origine, entièrement oblitérée et convertie en ligament jusqu'à l'endroit où elle s'enfonce dans le canal carotidien (1). Dans le

---

(1) Ce n'est pas là le seul exemple qui existe d'oblitération de la carotide interne. *Willis* (*Cerebri Anat.*, *cap.* 70), parle de cette oblitération qui n'avait occasionné aucun accident. *Ant. Petit* (Ac. des Sc., 1763), l'a observée à la suite d'anévrisme. Sur une femme de quarante ans, morte subitement au milieu de convulsions, je trouvai, entr'autres altérations du système artériel, l'origine de la carotide primitive gauche complètement oblitérée par un caillot fibreux rougeâtre, de demi-pouce de longueur, intimement uni à la membrane interne de l'artère. Du côté de la crosse aortique, une petite fente existait à l'endroit de cette origine. L'origine de la carotide externe était un pertuis presque capillaire. Ce rétrécissement extraordinaire était produit par l'épaississement de la carotide primitive prête à se diviser; et cet épaississement dépendait d'une matière jaune recouverte par plusieurs couches fibro-cartilagineuses. La membrane moyenne paraissait intacte. Le calibre de la carotide externe de ses branches était singulièrement diminué.

crâne, l'artère cérébrale moyenne présentait quelques taches; du reste, tous les vaisseaux cérébraux étaient intacts. Les artères brachiales étaient exemptes d'ossification; les radiales formaient un cordon osseux sensible à travers les tégumens : le calibre de l'artère radiale gauche était singulièrement diminué; la droite n'avait plus de cavité : on ne pouvait distinguer ni membrane interne, ni membrane moyenne. Cette ossification consistait en des plaques extrêmement rapprochées. Les iliaques offraient çà et là des taches et des plaques d'ossification. Les crurales en contenaient un plus grand nombre; les poplitées en étaient remplies. Les tibiales antérieure et postérieure, les péronières, formaient des cordons osseux au milieu desquels nous ne pûmes trouver de cavité. Il en était de même de leurs divisions et subdivisions. Nous pûmes disséquer dans les iliaques, crurales et poplitées, la membrane interne qui recouvrait les ossifications. Plus loin, cette membrane interne nous parut elle-même ossifiée.

ART. IV. *Ossification des artères cardiaques.* — Cette ossification a fixé spécialement l'attention des Auteurs. *Crell* (*Obs. de art. coron. instar ossis induratis*), en a traité dans un ouvrage particulier. *Bellini* (*de Morb. pect.*), dit avoir vu un calcul faisant corps avec les grands vaisseaux qui séparent les ventricules. *Michel* a trouvé toutes les artères coronaires pétrifiées jusques dans leurs dernières ramifications. *Morgagni* cite à ce sujet plusieurs observations intéressantes. L'ossification de ces artères est extrêmement commune : je l'ai rencontrée un grand nombre de fois, et toujours chez des individus qui avaient en même temps des altérations analogues dans le

reste du systême vasculaire. L'importance du cœur a fait penser qu'elle devait donner lieu à des symptômes particuliers. Cela peut être dans quelques circonstances ; mais dans l'état actuel de la science, on ne peut même pas les soupçonner pendant la vie du malade.

ART. V. *Ossification des artères cérébrales.* — Elle est plus rare quo celle des autres parties du systême artériel. Le plus souvent on n'observe dans ces artères que des taches blanchâtres. Quelquefois elle ■ lieu dans cette partie de la carotide interne qui longe les côtés de la selle turcique. *Morgagni* et *Haller* en ont souvent observé. *Cortesius* qui cite (*Miscell. Med. dec.* 1, *c.* 7), un grand nombre d'exemples de plaques osseuses trouvées dans cet endroit, les regarde comme naturelles, et les rapporte aux os sésamoïdes. On a cru que des osselets étaient formés sur la pointe du rocher. M. *Portal* avertit de ne pas confondre ces ossifications artérielles avec l'os sésamoïde dont *Riolan* a parlé.

Quels sont les effets de ces ossifications ? *Morgagni* les regarde comme une cause d'apoplexie : il rapporte (*Ep.* III, 22), qu'il trouva sur le cadavre d'un individu mort d'apoplexie, une heure après avoir pris un vomitif, le cœur ossifié à l'endroit qui répond aux valvules mitrales, l'aorte parsemée d'une multitude de bractéoles osseuses ; en sorte, dit-il, que si j'avais pu examiner avec soin le cerveau, j'aurais trouvé d'autres ossifications. Ce n'était dans ce cas qu'une présomption ; mais il avait antérieurement observé sur des vieillards morts apoplectiques, les artères cérébrales ossifiées, sur-tout à l'endroit où elles se réfléchissent sur

les côtés de la selle turcique. Combien de fois n'a-t-on pas vu des ossifications et des taches chez des individus qui n'avaient éprouvé aucun symptôme du côté du cerveau ?

Art. VI. *Nature des ossifications des artères.* — Jusqu'à présent je me suis servi du mot d'*ossifications*, pour désigner les transformations ossiformes des artères ; mais ces artères ainsi indurées, sont-elles de véritables os ? ne sont-ce pas plutôt des concrétions inorganiques, des dépôts de phosphate calcaire ?

Les opinions des Auteurs sont singulièrement partagées à cet égard : il en est qui rangent toutes les ossifications accidentelles parmi les phénomènes de la lithiasie, et qui n'hésitent pas à donner le nom de *pierres* à la trachée et au larynx ossifiés ; d'autres ne reconnaissent pas de pierres, et veulent que toutes les concrétions accidentelles soient des os. Pour décider la question, il faut établir quelles sont les propriétés caractéristiques des os.

La disposition lamelleuse et linéaire, l'odeur fétide que répandent les parties dures jetées dans le feu, voilà les caractères spécifiques des os, suivant *Sénac*, *Morgagni*, *Salzmann*, et autres. La disposition granulée, le défaut d'odeur par l'action du feu, voilà ceux des pierres.

La marche que suit la nature dans la formation de ces ossifications accidentelles, l'existence d'un parenchyme cartilagineux démontrée par la soustraction du phosphate calcaire au moyen de l'acide nitrique, me paraissent deux voies bien plus propres à nous faire connaître la nature de ces ossifications.

Art. VII. *Altérations principales des artères.* — Les ossifications des artères sont liées avec la plupart des altérations organiques de ces vaisseaux. Or, voici quelles sont ces altérations.

Première altération. Souvent la face interne des artères présente de petites taches jaunâtres, ordinairement longitudinales, qui paraissent formées aux dépens de la pellicule mince dont j'ai parlé, et s'enlèvent avec elle. Quand on presse cette tache entre deux ongles, on en exprime une matière d'un blanc jaunâtre. Dans quelques cas, la tache est plus considérable, et alors l'ablation de la pellicule ne la fait pas totalement disparaître. J'ai trouvé peu d'aortes qui ne m'offrissent des taches semblables.

*II.*e Des taches beaucoup plus marquées soulèvent plus ou moins la membrane interne et la pellicule mince : elles dépendent d'une matière jaunâtre qui tantôt est sèche et comme pulvérulente ; tantôt molle, assez semblable à la matière des stéatomes, et quelquefois au pus louable. Cette matière qui paraît souvent formée aux dépens des couches les plus intérieures de la membrane propre, recouvre quelquefois des ossifications, et d'autres fois en est recouverte. Dans quelques cas, cette matière stéatomateuse, puriforme, s'altère, contracte plus de fluidité, une odeur fétide, une couleur brunâtre : la pellicule mince qui la recouvre se déchire ; la membrane propre est quelquefois détruite toute entière. J'ai vu plusieurs fois des altérations qui n'avaient épargné que la tunique celluleuse, sans que celle-ci présentât la moindre dilatation, ce qui me

porte à croire que quelques auteurs ont fait jouer un trop grand rôle aux altérations caséeuse, ulcéreuse et stéatomateuse, pour la production des anévrismes.

*III.*e L'artère est parsemée de plaques d'un blanc cartilagineux d'une grande densité, proéminentes, semblables, comme l'a dit *Morgagni*, à des gouttes de cire blanche concrète. L'examen de ces plaques montre une substance cartilagineuse au milieu de laquelle se trouve une matière jaunâtre, stéatomateuse. Elles sont formées aux dépens de la pellicule et de la membrane interne, et s'enlèvent avec elles. Souvent la membrane propre offre une dépression sensible à l'endroit de ces plaques; quelquefois les couches les plus internes de la membrane propre sont entreprises. Jamais je n'ai vu cette altération plus prononcée que sur la femme dont j'ai rapporté plus haut une partie de l'histoire. (*Voyez* la note, p. 373.) Toute la portion pectorale de l'aorte offrait une épaisseur double de celle qui lui est naturelle. Les membranes celluleuse et moyenne étaient intactes, mais traversées par un grand nombre de vaisseaux qui se manifestaient par des points rouges quand on les séparait l'une de l'autre et de la membrane interne. Celle-ci avait au moins l'épaisseur des deux autres réunies. Sa consistance était celle d'un fibro-cartilage, son épaisseur inégale : sa face interne soulevée par plaques jaunâtres, toutes formées par une substance fibro-cartilagineuse dans l'épaisseur de laquelle était une matière jaune stéatomateuse. Plus la couche qui recouvrait cette matière jaune était épaisse, moins la couleur jaunâtre des plaques était marquée. Dans quelques-unes, cette

matière était épaisse, jaune, très-fluide, n'était recouverte que par une membrane mince. Les portions de membrane non-altérées, intermédiaires, étaient formées par la pellicule et la membrane interne, et s'enlevaient avec les plaques. Au milieu de ces plaques cartilagineuses et stéatomateuses, j'ai trouvé plusieurs lamelles osseuses.

*IV.*e On trouve des plaques osseuses demi-transparentes, jaunâtres, irrégulièrement arrondies, fragiles, tantôt enveloppées de tous côtés par une substance fibreuse, tantôt recouvertes par une pellicule extrêmement ténue; tantôt enfin lisses et libres par leur face interne. Lorsqu'on soulève ces plaques, on voit se soulever en même temps la membrane interne qui se continue manifestement avec elles. Ces plaques osseuses détachées présentent toujours à leur face externe quelques portions de la membrane propre; mais l'ossification paraît attaquer spécialement et primitivement la membrane interne. Quelquefois elles sont entourées de tous côtés par la matière stéatomateuse. Une fois j'ai trouvé sur leur face convexe une matière noire tout-à-fait analogue à celle des corps bronchiques: des points noirs se voyaient dans toute la longueur de l'aorte. Deux vaisseaux très-déliés partaient de deux de ces points, et contenaient la même matière. Je regrettai beaucoup d'avoir séparé l'aorte d'avec les parties environnantes; j'aurais peut-être pu suivre ces vaisseaux à une certaine distance. Quelquefois la matière stéatomateuse qui entoure les plaques osseuses est corrompue. Enfin, d'autres fois la membrane propre qui recouvre leur face convexe est très-rouge.

*V.*e Il est une autre espèce d'ossification bien

différente : elle n'est jamais jointe à l'altération stéatomateuse, ni à la transformation cartilagineuse, procède toujours circulairement, a évidemment son siège dans la membrane propre, et s'observe presque constamment chez les vieillards. Cette ossification est ordinairement recouverte par la membrane interne et la pellicule mince, présente souvent des inégalités, des tubercules qui la déchirent, paraît quelquefois envahir la membrane interne; et est la seule qui soit susceptible de former des portions de cylindres ou des cylindres entiers.

Art. VIII. J'ai soumis une artère radiale qui présentait ce dernier mode d'ossification, à l'action de l'acide nitrique; il m'est resté une substance molle, qui se déchirait avec facilité, et conservait la forme de l'artère et les inégalités des ossifications. J'ai répété la même expérience sur un demi-cylindre de l'aorte; j'ai obtenu une substance molle, jaunâtre, qui m'a semblé le parenchyme organique de l'artère. Je n'ai pas trouvé de parenchyme cartilagineux; comme mes observations sur la marche de la nature dans la production de ces ossifications, avaient déja dû me le faire présumer, donc les ossifications circulaires des artères sont formées par le dépôt de phosphate calcaire, suivant la direction des fibres de la membrane propre. Il n'y a pas dépôt de phosphate calcaire dans un parenchyme, dans le tissu élémentaire même des fibres, mais bien dans leurs mailles; c'est, dit M. *Corvisart*, une crystallisation, laquelle est régulière quand la membrane interne est intacte, et irrégulière quand cette membrane interne est déchirée.

A plus forte raison, les plaques osseuses, jaunâtres, fragiles, presque toujours unies à l'altération stéatomateuse, gypseuse, plâtreuse, sont-elles des dépôts phosphatiques? je n'en ai pas trouvé d'assez considérables pour pouvoir les soumettre avec fruit à l'action de l'acide nitrique.

Il est une autre transformation des artères dont il est très-important d'observer et d'approfondir le mécanisme; je veux parler de la transformation fibreuse des artères pour la guérison des plaies artérielles et des anévrismes. *Toute plaie faite à une artère, soit par instrument piquant, soit par instrument tranchant, ne se cicatrise jamais; l'oblitération de l'artère, sa conversion en un cordon fibreux dans une plus ou moins grande étendue, voilà le seul moyen de guérison solide et durable pour les plaies artérielles comme pour les anévrismes.*

Je pourrais prouver ces deux vérités par un grand nombre de faits très-circonstanciés. Je me contente d'énoncer le résultat de ces faits. 1.° Il existe une multitude d'observations de plaies artérielles, datant de deux semaines, de deux ou de trois mois, qu'on a trouvées dans le même état que si la plaie venait d'être faite à l'instant. *Saviard* rapporte même l'observation d'une plaie artérielle faite seize ans auparavant, qui était dans ce cas. Un seul fait rapporté par *Scarpa*, semblerait établir la cicatrisation de la membrane interne de l'artère; mais ce fait, qui ne serait après tout qu'une exception à la règle générale, est bien loin de satisfaire un esprit sévère. *Scarpa* lui-même ne paraît pas convaincu, puisqu'ailleurs il dit que

c'est un exemple « de transformation du cail-
» lot en une substance semblable à celle de la
» tunique interne de l'artère ; ou, si l'on aime
» mieux, de cicatrice de la membrane interne
» de l'artère. »

2.° Les plaies artérielles et les anévrismes ne se guérissent que par la conversion des artères en un cordon fibreux. La nature abandonnée à elle-même a déterminé cette transformation dans tous les cas de guérison spontanée. Tous les moyens employés par l'art, la compression et la ligature, n'ont d'autre but que d'opérer une oblitération momentanée, mécanique, en attendant que l'oblitération vitale puisse s'effectuer. Mais quelle voie suit la nature pour opérer cette transformation ? La discussion de cette question est du plus grand intérêt, parce qu'elle concilie beaucoup d'opinions qui semblaient s'exclure au premier coup-d'œil.

J'ai eu occasion d'examiner un très-grand nombre de moignons d'amputation, sur-tout dans les premiers mois de 1814, sur les militaires qui, entassés dans les hôpitaux, succombaient presque tous au typhus. J'ai trouvé, les dix ou quinze premiers jours après l'amputation, un caillot adhérent aux parois internes de l'artère, ayant tantôt la forme pyramidale indiquée par *Petit*, tantôt une toute autre forme. Quelquefois je n'ai pas trouvé de caillot, et alors une observation attentive m'a fait découvrir une artère collatérale volumineuse naissant à une petite distance de la ligature. Je ne puis assurer que cela soit constant, mais certainement on doit établir comme règle générale, que la longueur du caillot mesure l'intervalle qui existe entre le lieu de la ligature et

une artère collatérale un peu volumineuse ; car cette dernière est un canal de dérivation qui s'oppose à la stagnation du sang. Cette cause est plus souvent qu'on ne l'imagine la source d'hémorragies consécutives à des ligatures d'ailleurs très-bien faites.

La formation d'un caillot n'est pas le seul moyen qui soit au pouvoir de la nature pour arrêter primitivement les hémorragies, on connaît encore la *rétrocession des artères* attribuée par *Willis, Méry, Bidloo, Heister, Morand,* etc., à des fibres longitudinales imaginaires qu'ont rejetées tous les anatomistes modernes ; cette rétrocession, qu'elle dépende d'une force inhérente à l'artère, ou de la rétraction des parties environnantes, ne doit pas être négligée. N'est-ce pas à elle qu'il faut attribuer le défaut d'hémorragie dans le cas de plaie par arrachement ? Ne devons-nous pas en conclure *que la rétraction de l'artère, suffisante pour arrêter l'hémorragie quand elle se trouve dans les conditions les plus favorables, y concourt toujours plus ou moins.*

Les hémorragies s'arrêtent plus facilement chez les personnes vigoureuses que chez les personnes faibles : elles s'arrêtent spontanément dans les petites artères, par le seul effet du contact de l'air. Donc le *resserrement des artères doit être compté comme un moyen dont la nature se sert pour arrêter les hémorragies.*

Pouteau rejette entièrement la rétrocession des artères ; il ne fait pas mention de leur resserrement, ne regarde le caillot que comme un faible secours dont la nature sait souvent se passer, *et établit la tuméfaction des parties qui environnent l'extrémité de l'artère coupée*

comme le principal obstacle à l'hémorragie. Pour appuyer cette doctrine, il rapporte cinq faits qui lui sont propres; mais, je l'avouerai, la lecture attentive de ces faits ne m'a pas du tout convaincu; ils ne convaincront non plus, j'espère, aucun esprit un peu sévère et sans prévention. Néanmoins la compression exercée sur le bout de l'artère par les parties voisines tuméfiées, doit être prise en considération.

Ainsi, formation du caillot, rétrocession de l'artère, resserrement circulaire, compression par le gonflement des parties environnantes, voilà les barrières qui s'opposent primitivement à l'impétuosité du sang artériel. Voyons les phénomènes consécutifs.

Le caillot, une fois formé, augmente peu-à-peu de consistance, devient adhérent aux parois artérielles, paraît faire corps avec elles; si alors on le détache, on trouve ces parois d'un rouge plus ou moins intense. Quand la plaie est le siège d'un travail inflammatoire de mauvaise nature, ce travail s'étend quelquefois jusques dans l'intérieur de l'artère; une portion du caillot est entraînée par la suppuration. C'est ce que j'ai observé sur l'artère fémorale d'un homme mort trente-cinq jours après l'amputation de la cuisse : l'artère était vide dans l'étendue d'un demi-pouce, à partir de la ligature. Ses parois étaient tapissées par une matière purulente; au-dessus était un très-petit caillot, consistant, adhérant aux parois de l'artère : on conçoit que si l'inflammation s'étendait dans toute la portion d'artère qu'occupe le caillot, l'hémorragie en serait la suite inévitable. J'observerai en passant que la sup-

puration des artères après les amputations, est plus fréquente qu'on ne l'imagine : j'ai trouvé plusieurs fois du pus dans les artères du plus petit calibre.

Mais le plus souvent ce caillot s'organise, peut-être aussi est-il absorbé, et l'artère se convertit-elle en un cordon fibreux adhérent aux parties environnantes. L'époque à laquelle ce caillot cesse d'exister, et où l'artère est remplacée par un cordon fibreux, est extrêmement variable. *Petit* dit qu'on trouve ce caillot depuis le premier jusqu'au trentième jour. *Pouteau* rapporte que l'artère d'un moignon, observée un mois après l'amputation, présentait une oblitération presque complète. A peine pouvait-on insinuer un stylet dans sa cavité : on ne trouva ni caillot, ni concrétion polypeuse. Mais il est impossible d'assigner d'époque précise pour l'oblitération de l'artère.

Cette oblitération s'étend toujours à une certaine distance au-dessus et au-dessous de la ligature ou de la tumeur anévrismale; et l'étendue de cette oblitération, comme celle du caillot, est mesurée par la distance des artères collatérales un peu volumineuses à la plaie; les petites collatérales qui naissent dans tout le trajet oblitéré, sont converties en ligamens. Les ouvrages de *Hunter*, *Home*, *Chopart*, *Desault*, *Vacca*, *Deschamps*, *Scarpa*, *Boyer*, etc., attestent ce fait qui n'est point infirmé par une seule observation mal circonstanciée de *Guérin*, dans le Journal de Santé de Paris. (N.° 111, p. 197.)

De ce que je viens de dire, il faut conclure qu'on doit distinguer deux époques dans la cure des anévrismes et des plaies artérielles.

A une première époque, il y a stase du sang qui se durcit, se resserre sur lui-même, forme un caillot qui devient adhérent : c'est la réunion provisoire des artères ; la guérison n'est pas encore solide. A une seconde époque, qui n'est pas bien déterminée, mais qui doit varier comme tout ce qui est soumis à l'empire des lois vitales, ce caillot est pénétré peu-à-peu de la vie, et l'artère convertie en un cordon fibreux. Le caillot tient ici lieu des fausses-membranes qui s'observent dans toutes les réunions accidentelles ; en sorte que la cicatrisation des artères ne déroge en rien à la loi générale que j'ai établie dans un autre travail pour toutes les cicatrisations : cela est si vrai, que dans quelques cas on a trouvé une fausse membrane au lieu de caillot. *Scarpa* fit l'ouverture d'un homme mort sept jours après la blessure de l'artère fémorale par une arme à feu : « L'artère était épaissie ; sa membrane » interne également épaissie, était couverte » d'une couche de lymphe concressible ; et au-» dessous de cette couche muqueuse, la surface » intérieure de l'artère se montra convertie en » une substance pulpeuse, veloutée, fort disposée à contracter adhérence avec elle-même, » si par le moyen de la compression méthodi-» que, les deux parois de l'artère enflammée » avaient été rapprochées et maintenues dans » un contact immédiat et mutuel, comme on » le fait pour obtenir la réunion immédiate » des plaies simples. »

Ces recherches seraient stériles, si elles ne servaient de base solide à la cure des plaies et des anévrismes.

Les conditions nécessaires pour cette cure,

sont, 1.° *une intégrité parfaite dans l'organisation des tuniques artérielles*, de manière qu'elles puissent se prêter au développement des phénomènes que je viens d'exposer. *Scarpa* persuadé que tous les anévrismes spontanés dépendent d'une altération organique des artères, veut qu'on applique les moyens curatifs loin de l'anévrisme. Il rapporte à ce sujet plusieurs observations curieuses, desquelles il résulte que des artères altérées dans leur organisation à l'endroit de la ligature, n'ont éprouvé aucune espèce de travail en ce point, tandis qu'au-dessus et au-dessous de l'altération, la membrane interne était évidemment enflammée.

La seconde condition de la cure des plaies des artères et des anévrismes, est : *que les moyens employés pour la guérison arrêtent mécaniquement le cours du sang, appliquent les parois artérielles l'une contre l'autre, et déterminent dans la membrane interne une inflammation qui produise l'adhésion mutuelle des parois opposées.*

Tout moyen qui ne remplit pas ces deux conditions doit être rejeté, et celui qui les remplira le mieux mérite la préférence : je ne parlerai donc pas des astringens, des styptiques, des caustiques, du cautère actuel, et de ces innombrables moyens hémostatiques qui n'ont joui que d'une réputation éphémère, et qui ne conviennent que pour les petites artères. Je ne m'occuperai que de la compression et de la ligature, qui se sont long-temps disputées une prééminence exclusive, et sur lesquelles l'opinion est bien fixée aujourd'hui.

La compression, moyen plus doux, devrait

être préférée si elle remplissait, dans tous les cas, les deux conditions que j'ai établies : mais il suffit de connaître la situation des artères principales, pour voir qu'elle doit échouer le plus souvent. L'espèce d'avidité avec laquelle l'Acad. de Chir. recherchait tous les moyens hémostatiques autres que la ligature, la préférence qu'elle semblait donner à la compression, venait de la crainte de la gangrène à la suite de la ligature. (Elog. de *Petit*, Ac. Chir., t. IV, p. *cxviij*, *in*-8.°) *Petit*, le plus ardent défenseur de la compression, la trouve plus *commode* et plus *naturelle*, comme si le moyen le plus naturel n'était pas celui qui remplit le mieux son objet. Sans doute on cite des observations en faveur de la compression, celle si célèbre du marquis de *Rothelin*, celle d'*Heister*, de *Sabatier*, etc. Mais on aura beau dire, on compte les succès de la compression, et ceux de la ligature sont innombrables. Aujourd'hui la connaissance plus précise des anastomôses et des moyens de circulation après la ligature de l'artère principale, nous rassurent contre la crainte de la gangrène. *Scarpa* qui a fait un si beau travail à ce sujet, la redoute même si peu, que dans le cas d'anévrisme de la poplitée, il conseille la ligature de la partie supérieure de la fémorale. Nous devons dire avec tous les praticiens modernes, que la *ligature est préferable comme méthode générale*.

Le seul point en litige, c'est le mode de ligature qui doit être employé. Chacun préconise sa méthode, son procédé, et veut qu'on l'adopte exclusivement. En discutant ces divers procédés et méthodes, on voit qu'ils ont presque tous des avantages précieux dans certains

cas particuliers, et qu'une détermination précise de ces cas particuliers suffit pour concilier toutes les opinions.

Le lieu de la ligature varie : c'est ce qui constitue les méthodes. Dans les anévrismes, elle peut être appliquée au-dessus de la tumeur à laquelle on ne touche pas, ou immédiatement au-dessus et au-dessous de cette tumeur ouverte. Dans le cas de plaie, ou bien on lie l'artère au-dessus et au-dessous à l'endroit même de cette plaie, ou bien négligeant celle-ci pour un instant, on incise au-dessus sur le trajet de l'artère qu'on lie pour découvrir et lier le bout inférieur à l'endroit de la plaie. (On peut se contenter de comprimer ce bout inférieur.)

Quel que soit le lieu de la ligature, elle est immédiate ou médiate; et dans l'un et l'autre cas, tantôt elle exerce une constriction circulaire, tantôt elle applatit l'artère. Ordinairement on la serre tout-à-coup de manière à empêcher la circulation dans le vaisseau lié; on peut la serrer graduellement. Enfin, il est des ligatures qu'on nomme d'attente, parce qu'on ne s'en sert qu'en cas d'évènement.

La ligature *immédiate* est, à juste titre, généralement préférée, et, comme l'observe *Louis*, presque tous les auteurs ont réprouvé la ligature, ou l'ont conseillée immédiate. Elle agit en fronçant, en plissant circulairement l'artère; elle coupe toujours les deux tuniques internes. La membrane celluleuse résiste seule, et doit arrêter la colonne de sang, en attendant que le caillot se soit formé et l'inflammation adhésive établie. Si la section se fait trop promptement, ce qui arrive lorsque la ligature est trop serrée, et sur-tout dans le

cas d'inflammation du tissu cellulaire environnant, l'hémorragie est presqu'inévitable ; mais le plus souvent la section n'est complète qu'après l'oblitération plus ou moins avancée de l'artère.

La ligature *médiate* est rejetée avec raison par le plus grand nombre des praticiens ; en vain dira-t-on qu'en embrassant dans l'anse de fil beaucoup de parties molles, on matelasse l'artère et on prévient sa section trop prompte, la ligature médiate exige une constitution très-forte : les parties embrassées sont promptement coupées : la ligature devient lâche et n'exerce plus de constriction sur l'artère. Pourquoi les ligatures pratiquées dans les amputations sont-elles moins souvent suivies d'hémorragies que celles pratiquées dans les anévrismes ? C'est, dit *Scarpa*, parce que l'artère est parfaitement isolée dans le premier cas : je n'ai vu pratiquer la ligature médiate qu'une fois, à l'occasion d'un anévrisme ; la ligature fut fortement serrée ; et cependant douze heures après, les battemens étaient très-sensibles dans la tumeur. Il est vrai que le tissu cellulaire qui environnait l'artère était enflammé, et ce tissu cellulaire enflammé jouit d'une fragilité extraordinaire. Dans un cas particulier, on a été obligé de suivre l'artère brachiale depuis le pli du bras jusqu'à sa partie supérieure, par six ou sept ligatures. Je préférerais donc, dans le cas d'hémorragies consécutives, de découvrir et de lier l'artère au-dessus de la plaie, qu'à l'endroit même de cette plaie. Si on suivait la pratique ordinaire, il faudrait faire la ligature dans ce dernier lieu, et alors on la pratiquerait *mé-*

diate. C'est le seul cas qui requière cette espèce de ligature.

Le presse-artère de M. *Deschamps*, rejeté par *Scarpa*, est très-avantageux dans le cas de ligature médiate; car alors la ligature se relâchant nécessairement par la section rapide des parties, il n'y a qu'un moyen capable d'exercer une constriction graduelle qui puisse convenir, et c'est là l'avantage inappréciable de cet instrument. Le presse-artère est encore d'une utilité majeure dans le cas où la rigidité des parois artérielles s'opposerait à leur froncement circulaire.

Le mode de ligature employé par *Scarpa*, est fondé sur le mécanisme de l'oblitération des artères; c'est un aplatissement, et non point une constriction circulaire. Le vaisseau est isolé avec le doigt dans une étendue proportionnée à la largeur de ce doigt. Deux fils sont passés autour de l'artère, et noués sur un cylindre de toile interposé entre l'artère et le nœud du fil. Cette ligature, dont *Scarpa* n'a fait que renouveller l'usage, prévient la section trop prompte de l'artère. Les ligatures circulaires tombent, suivant *Scarpa*, du douzième au quatorzième jour; celles en question ne tombent que du vingt au vingt-deuxième. Dans ces derniers temps, M. *Brodie*, physiologiste anglais, a fait des expériences desquelles il resulte que la section de la membrane interne des artères favorise singulièrement leur oblitération, en sorte qu'une artère aplatie se réunit bien plus lentement qu'une artère liée circulairement. Ces résultats infirment la méthode de *Scarpa*, et tous les moyens qui agissent en aplatissant l'artère. Il est un cas cepen-

dant où cette méthode l'emporte sur toutes les autres, peut-être même sur la ligature médiate et le presse-artère; c'est encore celui d'inflammation. Je l'ai vu employer avec succès sur un vieillard qui avait un anévrisme de l'artère pédieuse.

La ligature en deux points, et la section de l'artère entre ces deux points, employée par *Aëtius*, *Severin*, mentionnée par *Celse*, a été renouvellée dans ces derniers temps par *J. Bell* et *Maunoir*. Ils pensent que cette section rendant nulle la rétraction, suivant la longueur, s'oppose à la chûte prématurée de la ligature. Il est difficile de décider cette question, parce que mille circonstances font varier l'époque de la chûte des ligatures.

La constriction graduelle imaginée dans ces derniers temps par M. le professeur *Dubois*, est dirigée contre la crainte de la gangrène: chaque jour on serre un peu plus la ligature; et si le moindre indice de gangrène se manifeste, on relâche sur-le-champ la ligature. Cette idée est très-ingénieuse : je l'ai vue exécuter avec le plus grand succès.

Que penser des ligatures d'attente? Dans ces derniers temps elles ont été rejetées par un grand nombre de praticiens. *Scarpa* établit comme règle invariable, *l'omission expresse de la ligature d'attente*. Ces ligatures nécessitent l'isolement de l'artère dans une grande étendue, et la privent par conséquent de ses moyens de nutrition. Continuellement en contact avec l'artère, elles l'usent, la coupent constamment, du moins je l'ai toujours observé. D'ailleurs, la présence de ces ligatures enflamme l'artère; et si l'hémorragie se renouvelle, ces ligatures serrées sur le vaisseau en-

flammé doivent nécessairement se couper de la même manière qu'un fil passé dans le mésentère pour assujettir l'intestin blessé, coupe cet intestin quand on n'a pas soin de le retirer au bout d'un certain temps. Aussi M. *Boyer* conseille-t-il de comprendre dans la ligature d'attente, une plus grande quantité de parties molles que dans celle destinée à être liée : « Précaution importante, ajoute-t-il, et sans laquelle cette ligature pourrait donner lieu à l'hémorragie consécutive, attendu qu'elle coupe les parties qu'elle embrasse, même sans qu'elle soit serrée. » Je crois donc que les ligatures d'attente doivent être rejetées : il est cependant un cas où elles sont utiles ; c'est celui de ligature médiate. Comme la ligature serrée se relâche toujours lorsque les parties qu'elle embrasse sont divisées, une seconde est indispensable pour appliquer le presse-artère.

HISTOIRE

D'UNE TUMEUR REMARQUABLE SITUÉE AU CÔTÉ GAUCHE DE LA TÊTE D'UNE FEMME, DÉPLAÇANT L'OEIL ET L'OREILLE ET DESCENDANT JUSQU'AU GENOU.

Cette histoire a été communiquée au docteur MITCHILL, dans une lettre de M. THOMAS W. ROPER, D.-M. à Charlestown, Caroline du Sud, en date du 9 juin 1815.

LA disposition qu'ont en général les tumeurs à s'augmenter graduellement, est un point de



doctrine aussi intéressant qu'il est inexplicable : et malgré toutes les recherches des hommes les plus instruits à cet égard, aucune explication satisfaisante de ce phénomène n'a encore été donnée. L'opinion générale relative aux tumeurs, est qu'elles sont des productions entièrement nouvelles, étrangères à l'organisation naturelle du corps, résultant de quelque sécrétion morbide et d'une action maladive particulière. Il existe une opinion contraire qui soutient qu'aucune action particulière ne contribue à la naissance et à l'accroissement des tumeurs, et que cette action prétendue n'est rien autre chose que celle qui contribue à la nutrition régulière du corps. Pour moi, je pense que la seconde de ces opinions est la plus juste. Mais comment les mêmes actions artérielles qui ont lieu dans le systême du corps, et qui le maintiennent dans la même régularité et dans la même uniformité, peuvent-elles, dans les tumeurs, n'être astreintes à aucune loi, et le volume de ces tumeurs n'être arrêté par aucun principe conservateur? Cela me paraît être un problême difficile à résoudre. Mais, des principes spéculatifs j'en reviens à l'expérience : mon intention est de vous faire la description d'une tumeur énorme et extraordinaire, qui a été présentée tout récemment dans notre ville comme un spectacle public.

Cette malheureuse créature est une femme de couleur, née de parens bien portans, à Newbury, canton de cet Etat. Elle a une apparence robuste, semble jouir d'une bonne santé, et n'a guères que trente-cinq à trente-six ans.

A l'âge de deux ans, une excroissance d'une chair molle se manifesta sur le pariétal gauche sans toutefois y être attachée, et non loin de son angle antérieur et inférieur. Ses progrès, lents d'abord, furent cependant toujours uniformes. A l'âge de dix ans, cette tumeur descendait déja jusqu'à la fosse temporale. Dès qu'elle fut pendante, son accroissement et son alongement furent vraiment surprenans. L'œil de ce côté avec toutes ses dépendances et les tégumens, fut arraché mécaniquement de l'orbite par la pesanteur de cette masse fongueuse, et non sans causer de vives douleurs à la patiente : l'oreille gauche descendit de la même manière; tous les tégumens de la tête et de la face étant relâchés et se prêtant à ce déplacement. La bouche et la narine se contournèrent d'une manière remarquable. Maintenant cette énorme masse charnue paraît comme suspendue aux tégumens des os frontal et pariétal, et avoir une seconde attache au menton et à la poitrine. Quand cette femme est debout, la tumeur descend jusqu'à ses genoux. Mesurée dans cette position, elle a trois pieds trois pouces de longueur. Son extrémité inférieure ou bulbeuse, quand elle n'est pas comprimée, a deux pieds cinq pouces de circonférence : au-dessous du menton, elle a environ un pied. L'oreille est restée sur la mamelle gauche : elle est à environ quinze pouces de distance de sa position naturelle : elle a éprouvé un grand accroissement dans toutes les directions. Le méat auditif est encore assez apparent, et il donne sans cesse passage à un écoulement d'une matière très-fétide. On y a introduit, dit-on, mais j'ai peine à le croire, une sonde de qua-

torze pouces, et le nerf auditif de cette oreille en a perdu pendant quelque temps son excitabilité à l'impression des sons.

Ce qu'il y a de plus remarquable à mon avis, dans l'histoire de cette femme, est la descente de l'œil qui, forcé de sortir de l'orbite, s'en est éloigné de cinq pouces; les cils qui sont naturellement transverses, sont maintenant directement longitudinaux; ils sont aussi gros que ceux d'un cheval, et sont ordinairement rapprochés. Les glandes de *Meïbomius*, très-sujettes à s'enflammer pour la moindre cause, étaient affectées, lorsque je vis cette femme, d'une violente psorophtalmie. Les paupières éprouvent un mouvement de tremblement en rapport avec le mouvement semblable de l'œil droit. En les séparant et en les examinant intérieurement, l'organisation de l'œil ne paraît pas matériellement changée. Malgré l'alongement si extraordinaire du nerf optique, la pauvre créature peut encore distinguer le jour des ténèbres; et deux ans auparavant, d'après son rapport, elle voyait encore assez bien de cet œil. La vision de l'œil droit est parfaite.

La pesanteur de cette excroissance sarcomateuse a opéré un changement singulier dans la forme de l'os maxillaire inférieur. Sa moitié gauche, depuis la symphyse, étant si redressée, que sa figure qui, dans l'état naturel, ressemble à l'*alpha* des Grecs, a chez cette femme une grande analogie avec le *gamma* renversé. La direction transverse de plusieurs dents est, en conséquence, complètement transposée; et quand le doigt est introduit dans la bouche, on sent à sa partie antérieure une poche unie et profonde, toujours à moitié remplie de sa-

live, ce qui, par sa situation extraordinaire et sa profondeur, rappelle involontairement à l'esprit la poche qui pend au cou du pélican.

La tumeur examinée par le toucher, présente une apparence pâteuse : elle est égale à sa surface, mais dans son intérieur elle paraît contenir un grand nombre de masses irrégulières unies ensemble par une membrane cellulaire : on peut y distinguer facilement des faisceaux de veines variqueuses de la grosseur du pouce : quelques-unes moins volumineuses se répandent sur sa surface et la parcourent en divers sens. Cette tumeur n'offre aucune tendance à l'inflammation ou à la suppuration, et quoique formée depuis long-temps, elle n'occasionne encore aucune douleur; mais elle est tellement incommode par sa pesanteur, que la malade est constamment obligée de la soutenir au moyen d'un sac. Les tégumens sont mous, lâches, mais sains en apparence. Malgré cette distension si considérable, je n'ai remarqué aucun élargissement notable des papilles cutanées. De petites touffes d'une chevelure laineuse, ont poussé en divers endroits de la partie supérieure de la tumeur. Sa température est la même que celle des autres parties du corps; et sa sensibilité paraît être très-grande, comme on peut facilement s'en apercevoir quand des mouches ou d'autres insectes se mettent à la piquer.

Il paraît y avoir chez cette femme une disposition constitutionnelle à la génération de semblables tumeurs; son corps en général, et particulièrement la partie postérieure du cou, est couverte d'une multitude de petites excroissances de

dimensions variées : il en est une entr'autres qui est déja longue de plusieurs pouces.

Ce qu'il y a aussi de très-remarquable, c'est que malgré la soustraction considérable de sang qui a lieu dans tout le systême circulatoire pour la nutrition de cette tumeur, il n'y a pas eu encore de débilité produite. Je desirais aussi savoir si elle avait eu quelque effet sur l'utérus, et j'ai appris que les menstrues avaient toujours été assez considérables.

Les annales de la chirurgie ne présentent que peu d'exemples de productions aussi monstrueuses. On en cite cependant une plus considérable encore, qui survint à une femme nommée *Eléonore Fitzgerald* (1). Mais dans ce cas, la tumeur est décrite comme ayant été l'effet d'un accident, et elle acquit un volume si énorme, qu'elle était pendante à la poitrine comme une masse immense d'intestins longue d'une aune et demie, et selon le judicieux narrateur, ayant une apparence toute aussi curieuse que celle des autres parties du corps. Mais nonobstant le volume de cette tumeur si prodigieuse, elle ne paraît pas même avoir altéré les traits de la figure de celle qui la portait, ce qui est en contraste avec le cas que j'ai rapporté, sur-tout par le peu de distorsion ou de déplacement éprouvé dans celui de M. *Bell*. Le mien me parait plus remarquable, s'il n'est pas tout-à-fait aussi admirable que celui de cet Auteur, et il me paraît devoir être un exemple bien propre à détourner les praticiens d'abandonner les tumeurs naissantes lors-

---

(1) *Bell*, Principes de Chirurgie, tome III.

qu'on peut y porter remède, aux seuls secours du temps et de la nature.

Je venais de finir la description de cette tumeur intéressante, lorsque j'ai appris qu'il y a dix ans le Journal de Médecine de Philadelphie en avait fait l'histoire. Comme ce Journal est peu répandu, et que depuis dix ans la tumeur s'est accrue prodigieusement, je crois devoir rapporter ici ce que ce même Journal en a dit alors.

Il y a dix ans, selon le docteur *Casey*, que la plus grande longueur de cette tumeur était de vingt-quatre pouces : la circonférence de sa base était de vingt pouces; l'œil était descendu de quatre pouces, et l'oreille de neuf. Si cette femme vit encore dix ans, ce qui n'est pas impossible, et que cette tumeur s'accroisse d'après le principe caractéristique de ce genre d'affection, qui est, que plus est grand le volume, plus est fort le stimulus, par suite de l'appel du sang qu'il y fait sans cesse, il n'y a nul doute qu'on n'en aura jamais vu de plus considérable (1).

---

(1) J'ai extrait cette histoire singulière du *Medical Repository of original essays and intelligence relative to physic, surgery, chemistry and natural history*, etc. *New series for june, july, and august.* 1815. — *New-York.*

(*Note du Rédacteur.*)

TRAVAUX

DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE,

Communiqués à la Société Médicale d'Emulation, par M. le docteur VASSAL.

OBSERVATION (1)

SUR UNE HYDROPISIE ASCITE;

Par M. Bezard, docteur en médecine.

Tous les genres de maladie présentent des cas extraordinaires qui non-seulement résistent à tous les remèdes, mais peuvent encore étonner les praticiens. J'ai pensé que l'observation suivante pouvait être classée dans ce nombre, et que sous ce rapport elle méritait d'être publiée. J'ai été forcé de citer des faits qui paraîtront étrangers à une observation médicale, mais ils se trouvent tellement liés au principe, aux causes et aux suites de la maladie, que j'ai cru devoir en faire mention.

Marie-Catherine Dalray, veuve *Rouher*, demeurant à Paris, rue de la Perle, N.° 26, passa le temps de son enfance dans une très-

(1) La première partie de cette observation a été insérée du vivant de la malade, dans la Gazette de Santé du 21 septembre 1806.

bonne santé. A quinze ans, elle fut réglée, et cet écoulement périodique eut lieu très-régulièrement jusqu'à l'époque de son mariage qui se fit en 1789, à l'âge de vingt-cinq ans.

Je n'entrerai pas dans le détail des malheurs qu'éprouva cette femme au commencement de la révolution; il me suffira de dire que pendant les trois premières années de son mariage elle devint trois fois enceinte, et que par suite de coups portés sur le ventre elle accoucha de trois enfans à sept mois de grossesse.

Une union mal assortie fit journellement éprouver à cette femme les plus mauvais traitemens, et les corps contondans dont on se servait pour la frapper étaient presque toujours dirigés sur le ventre; aussi l'effet des contusions ne se borna point à l'extérieur, il se fit également ressentir aux enveloppes et aux viscères de la cavité abdominale, et bientôt des douleurs sourdes et profondes fatiguèrent la malade, un état de langueur survint, les règles se supprimèrent, le ventre augmenta graduellement de volume, et l'hydropisie fut reconnue en l'an 5.

Pendant plusieurs mois, M. *Latour*, médecin, prescrivit tous les remèdes que l'art indique contre cette maladie, mais ils furent administrés sans succès, et M. *Châteauneuf*, chirurgien, fit la première ponction au commencement de l'an 6 : il s'écoula environ vingt pintes d'eau limpide. De nouveaux médicamens furent encore indiqués, mais il ne produisirent aucun effet avantageux, et la seconde ponction fut faite au bout d'un mois.

Peu de temps après, il fallut rapprocher les époques de l'opération : le ventre se remplissait

avec une telle rapidité, que tous les huit jours M. *Châteauneuf* laissait écouler quinze à vingt pintes d'eau par la canule.

La femme *Rouher* ayant épuisé toutes ses ressources, se fit inscrire au nombre des indigens, et en qualité de médecin du bureau de bienfaisance de mon quartier, je fus chargé de lui donner mes soins; c'était dans le commencement de l'an 10.

D'après le récit qu'on me fit de cette maladie, je pensai d'abord qu'il y avait exagération, je ne concevais pas comment une femme délicate et maigre pouvait supporter une aussi grande quantité de ponctions, et fournir une masse d'eau aussi considerable; un certificat authentique de M. *Châteauneuf*, fit cesser mes doutes; il attestait avoir pratiqué sur cette femme cent quatre-vingt fois l'opération de la paracenthèse.

Je fus bientôt dans le cas de juger par moi-même de la réalité des faits énoncés : tous les six, sept ou huit jours je continuais d'opérer la malade, et chaque fois je retirais quinze à vingt pintes d'eau. Aprés ma première ponction, j'examinai l'état des viscères abdominaux, et je trouvai une tumeur considérable à la région ombilicale.

Dans la plupart des hydropisies de cette nature, on peut temporiser pour le moment de l'opération : il n'en était pas de même chez ma malade. Lorsque les tégumens du ventre étaient distendus au degré qu'ils pouvaient permettre, il survenait tout-à-coup des douleurs aiguës, lancinantes, que cette femme ne pouvait supporter; elle se hâtait de m'envoyer chercher, mais si on ne me trouvait pas, oubliant la situa-

tion affreuse dans laquelle elle était, oubliant sur-tout la timidité naturelle de son sexe, elle s'armait d'un trois-quart qu'on lui avait conseillé d'avoir chez elle, et l'introduisait dans la cavité abdominale. Tous les gens de l'art savent que pour opérer cette introduction, il ne faut que l'espace d'une seconde, et cette femme au contraire, avec sa main délicate et tremblante, était un quart-d'heure pendant lequel elle s'arrêtait à chaque minute, et lançait des cris déchirans. Le volume du ventre ne lui permettant pas de distinguer l'endroit où il fallait placer la pointe de l'instrument, une voisine qui servait d'aide le dirigeait au hasard à travers les cicatrices des opérations antérieures, sans faire attention au trajet des vaisseaux sanguins ; aussi est-il survenu dans ce cas des hémorragies considérables : cependant cette femme s'est opérée elle-même plus de soixante fois.

Son état douloureux était bien fait pour inspirer tous les égards que l'on doit à l'humanité souffrante, et cependant celui qui devait lui prodiguer les soins les plus assidus, continuait au contraire de la maltraiter d'une manière horrible : en arrivant un jour pour l'opérer, je la trouvai noire de contusions de la tête aux pieds. Le blâme général força ce barbare époux à s'éloigner ; il se fit soldat, et fut encore assez heureux pour terminer ses jours par la mort des braves, sur le champ de bataille d'Austerlitz.

Cet évènement fut un jour de bonheur pour la femme *Rouher ;* elle retrouva le calme dont elle ne jouissait plus depuis si long-temps, et s'abandonna librement aux douceurs de la

morale et de la religion. Un prêtre vint fréquemment chez elle, et ranima par ses conseils un courage souvent abattu : c'était le seul baume salutaire qu'on put verser sur sa plaie.

En l'an 11, ce même prêtre lui conseilla de se rendre à l'église le jour de la Fête-Dieu, et de réunir toutes ses forces pour pouvoir passer sous le Saint-Sacrement. La malade, pleine de confiance en son directeur, essaya de mettre cet avis à exécution.

Ce même jour de Fête-Dieu, elle était au moment d'être opérée, et malgré l'énormité de son ventre et l'état critique dans lequel elle se trouvait, elle se rendit à l'église, passa, quoiqu'avec peine, une première fois sous le dais; mais en voulant repasser elle tomba en syncope. Les femmes qui vinrent pour lui porter des secours s'aperçurent que ses vêtemens étaient mouillés; elles la reconduisirent dans sa maison, et la malade, revenue de son évanouissement, reconnut que son ventre diminuait, et que les eaux s'écoulaient par les voies urinaires. En effet, dans le courant de la matinée, le ventre devint dans son état naturel, et la masse des eaux était sortie par le canal de l'urètre.

Une circonstance aussi avantageuse était bien faite pour flatter la malade; elle crut être parvenue au moment de sa guérison; mais si elle a été trompée dans son espoir, elle n'en a pas moins éprouvé trois mois de repos; car pendant cet espace de temps, il n'y a point eu d'opération à faire, le ventre se gonflait pendant cinq à six jours, et avant d'être parvenue à cet état de tension qui nécessitait antérieurement la ponction, l'eau prenait son cours par les urines.

La nature cessa de favoriser cet écoulement, et le ventre devint bientôt d'un volume considérable, auquel succédèrent des douleurs si vives, qu'il fallut revenir à la paracenthèse. Malgré ce changement, la malade espérait que l'eau pourrait encore reprendre son cours par les voies urinaires, et dans cette persuasion elle employa tous ses efforts pour éloigner le moment de l'opération; mais ce retard ne fit que changer la direction que la nature avait d'abord choisie, et dans cette nouvelle situation, les eaux filtraient à travers les organes de la digestion, et étaient rejetées par le vomissement.

Cette évacuation a eu lieu plusieurs fois par cette voie extraordinaire, et l'eau qui avait toujours été limpide était alors sanguinolente: j'ai moi-même vu cette malade vomir 16 pintes d'eau mélangées de matières fécales.

La malade éprouva tant de répugnance à ce genre d'évacuation, qu'elle consentit à se soumettre au moyen bien plus simple de la ponction; cette opération fut donc régulièrement pratiquée une fois par semaine.

En 1808, plusieurs praticiens de la Société Médico-Pratique rapportèrent des cures, ou au moins une évacuation naturelle des eaux dans les diverses espèces d'hydropisies, par l'emploi de la poudre de digitale pourprée. A cette époque, mon estimable collègue le docteur *Vassal*, administrait ce remède à différentes personnes : je le priai de visiter avec moi la femme *Rouher*, et d'essayer si cette poudre produirait sur elle quelques effets avantageux, non pour opérer une guérison, que nous considérions comme impossible, mais

seulement pour favoriser l'écoulement des eaux par les voies urinaires. Nous commençâmes par les doses les plus faibles, et la malade ne pût supporter celle d'un demi-grain; elle éprouvait à chaque prise un état d'ivresse et des vertiges qui la forcèrent de cesser l'usage de ce médicament.

La ponction fut encore le seul moyen employé, et la malade abandonnée aux soins de la nature, quoiqu'il n'y eût aucun espoir à fonder sur ses efforts : aussi la faiblesse augmenta graduellement, les alimens solides ne purent être avalés, et l'eau sucrée fut pendant les derniers mois la seule nourriture de la malade; sur la fin de sa vie, elle n'en pouvait recevoir que des cuillerées à café, de manière qu'une tasse ordinaire suffisait pour deux jours.

Le principe vital s'éteignait donc par degrés, et la malade conservait toujours la plénitude de ses facultés intellectuelles. A l'une de mes dernières visites, je trouvai que les pulsations artérielles n'offraient plus qu'un léger frémissement sous le doigt; qu'il y avait impossibilité d'exécuter le moindre mouvement, même des lèvres, et que la respiration était à peine sensible aux regards de l'observateur : je crus, d'après des symptômes aussi alarmans, pouvoir annoncer la mort sous quelques heures; mais, contre mon attente, la malade vécut dans cet état pendant huit jours, et termina sa douloureuse existence le 26 août 1811.

Je me suis plusieurs fois assuré que dans l'intervalle d'une ponction à l'autre, la malade prenait tant en solide qu'en liquide, une quan-

tité moindre que celle des eaux qui s'écoulaient dans l'opération.

Dans le cours de cette maladie, la femme *Rouher* a été frappée d'une fièvre adynamique, de deux péripneumonies, et d'une dyssenterie; toutes ces affections, graves par elles-mêmes, ont été traitées et guéries, et l'on a toujours pratiqué la ponction aux jours indiqués.

La malade a continué de sortir et de vaquer à ses travaux domestiques jusqu'au commencement de l'an 11.

En faisant un rapprochement des circonstances remarquées dans le courant de cette hydropisie, on trouvera qu'elle a duré l'espace de treize ans; qu'il y a eu six cent soixante-cinq ponctions; que les eaux se sont écoulées vingt fois par les voies urinaires, ou ont été rejetées par les voies de la digestion; et que, de toutes ces opérations, en prenant pour terme moyen quinze pintes par ponction, il en est résulté une masse totale de dix mille deux cent soixante-quinze pintes d'eau, ou environ trente-cinq muids de Bourgogne.

Examen du cadavre. — Il y avait à-peu-près un mois que la dernière ponction avait été pratiquée; cependant le ventre était souple, et laissait seulement sentir une légère fluctuation. Un trois-quart fut introduit, et quatre pintes d'eau purulente furent extraites : cette eau, d'un blanc grisâtre, avait la consistance du lait, et elle ne fit sentir que l'odeur généralement reconnue à l'ouverture d'un cadavre.

La surface de l'abdomen était d'une couleur cendrée; et la peau présentait des replis en tous sens, comme on le remarque toutes

les fois qu'il y a eu distension très grande des tégumens.

Une incision cruciale fut pratiquée sur l'étendue du ventre ; la peau, très-amincie, offrit par sa dureté une résistance assez forte à l'instrument ; elle adhérait si intimement aux muscles abdominaux, qu'il fut impossible de l'en séparer par la dissection. Le tissu cellulaire ne formait plus que des mailles serrées qui unissaient les muscles et la peau de manière à ne former qu'un seul corps aplati de l'épaisseur de deux lignes. Les fibres charnues des muscles étaient desséchées et fortement adhérentes entr'elles.

La section de la ligne blanche et du péritoine présenta beaucoup de difficultés ; le scalpel eut besoin de toute la force de la main pour parvenir dans la capacité abdominale. Le péritoine avait trois lignes d'épaisseur, et se trouvait dans un état cartilagineux. Il offrait au premier aspect de la ressemblance avec la couenne.

La paroi antérieure du ventre ayant été renversée, on ne trouva pas le plus léger vestige d'épiploon ; les intestins se présentèrent à nu ; ils étaient phlogosés, adhérens entr'eux, rétrécis dans leur diamètre, et collés sur la colonne vertébrale où ils occupaient un petit espace ; les gros intestins étaient rapetissés comme les intestins grêles. Le canal intestinal était en général tellement étroit, qu'on ne pouvait y introduire l'extrémité du doigt auriculaire.

Il n'y avait plus de mésentère.

L'estomac était également phlogosé, diminué de volume, et ses parois rapprochées ; sa

petite capacité ne contenait qu'une humeur muqueuse d'une couleur brunâtre.

Les reins, le foie, la vésicule biliaire, le pancréas, la vessie, la rate, n'existaient plus; l'espace que chacun de ces viscères occupe dans l'abdomen était libre; on distinguait seulement une membrane épaisse, lisse, qui, partant de chaque viscère détruit, se rendait à l'hypocondre du côté droit, où leur réunion formait une tumeur squirreuse ayant à-peu-près la forme du foie; elle était aplatie, large de six pouces, et pesait environ une livre. L'ouverture faite par un instrument plongé dans cette tumeur, a produit l'écoulement d'un pus grisâtre ayant une odeur nauséabonde.

J'ai considéré comme un fait extraordinaire, que d'après la destruction ou l'état morbide de tous les viscères abdominaux, l'utérus seul eût conservé sa forme et sa couleur naturelles.

Les organes de la poitrine n'offrirent de particulier qu'une diminution sensible dans leur volume.

La malade ayant conservé l'usage de ses facultés intellectuelles jusqu'au moment d'expirer; l'encéphale n'a pas été soumis à notre examen.

L'ouverture du cadavre de la femme *Rouher* a été faite en ma présence par le docteur *Larguèze*, médecin civil chargé de constater les décès; j'étais seulement occupé à recueillir des notes sur l'état des objets qui se présentaient à nos recherches, et je puis affirmer l'exactitude des faits énoncés.

Le docteur *Larguèze* conserve chez lui la pièce pathologique.

Réflexions. — A ce mot de réflexions, l'homme raisonnable est anéanti. Il est difficile de porter un jugement, ou d'émettre seulement une opinion sur un fait accompagné de phénomènes si extraordinaires, qu'ils se trouvent bien au-delà des connaissances acquises : une seule idée se présente naturellement : c'est l'obligation d'admirer les efforts que fait la nature pour sa propre conservation ; efforts d'autant plus étonnans chez la femme *Rouher*, qu'après l'exposé de sa maladie et de l'ouverture du cadavre, l'esprit humain est obligé de considérer comme miraculeuse une existence aussi prolongée : en effet, qu'un viscère soit lésé par un corps étranger, ou qu'il soit frappé d'un vice organique, ces deux causes morbifiques combattues par tous les moyens que la médecine et la chirurgie peuvent offrir, sont, dans la plupart des cas, suivies d'une terminaison funeste ; au lieu que dans le sujet qui nous occupe, on ne rencontre plus d'organes sécréteurs de la bile, de l'urine, du suc pancréatique, ni les réservoirs qui servent à contenir deux de ces liqueurs animales : tous ces viscères sont détruits ; et malgré tant de causes de mort, non-seulement la malade existait, mais elle vaquait encore à des travaux domestiques. Cette circonstance est d'autant plus incompréhensible, que la destruction des organes mentionnés devait avoir une date assez reculée, puisque les feuillets membraneux qui remplaçaient chaque viscère pour aller se confondre et former le squirrhe, étaient lisses et n'offraient aucun signe d'altération.

La tumeur squirreuse qui, pendant plusieurs années, paraissait avoir le volume de la tête, s'était affaissée au point de ne présenter au moment de l'ouverture du cadavre que l'épaisseur d'un pouce et demi, ce qui ferait présumer qu'elle a suivi la marche des viscères, tant pour contribuer à l'exhalation des eaux, que pour arriver vers cet état d'atrophie.

Si l'on considère le peu d'alimens que la malade prenait par jour, on concevra difficilement comment elle pouvait fournir une si grande quantité de liquides. Dira-t-on qu'il y avait absorption à la surface extérieure du corps? Mais l'état de marasme du sujet, la peau et les muscles desséchés ne formant plus qu'un tissu très-compact, l'épaississement cartilagineux du péritoine, devaient nécessairement fermer tous les pores, et, par conséquent, s'opposer à cette absorption. Faudra-t-il donc penser que les voies seules de la respiration apportaient le liquide qui s'épanchait avec tant de rapidité dans la capacité abdominale?

Ce fait d'anatomie pathologique peut fournir un grand nombre de questions physiologiques, dont j'attends la solution des lumières, des méditations ou des recherches de nos savans.

FIN DU TOME PREMIER.

De l'Imprimerie de MIGNERET, Imprimeur du Journal de Médecine, rue du Dragon, F. S. G., N.° 20.

TABLE GÉNÉRALE

DES MATIÈRES

ET DES NOMS D'AUTEURS,

COMPRIS DANS CE PREMIER VOLUME,

Pour l'année 1815.

FIN DE LA TABLE.